FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1980 - N° 17

DE LA BISEXUALITE AU TRANSSEXUALISME :

REFLEXIONS A PARTIR DE SIX OBSERVATIONS

DE FEMMES TRANSSEXUELLES

T H E S E

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 20 février 1980

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

SLAMA William

né le 7 octobre 1951

à EL ARIANA (Tunisie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546814_0028

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1980 - N*

DE LA BISEXUALITE AU TRANSSEXUALISME : REFLEXIONS A PARTIR DE SIX OBSERVATIONS DE FEMMES TRANSSEXUELLES

T H E S E

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 20 février 1980

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

SLAMA William

né le 7 octobre 1951

à EL ARIANA (Tunisie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. GUERRIN , Doyen
M. R. PUTELAT , Assesseur
M.JP. DIDIER , Assesseur
M. L. JEANNIN , Assesseur
M. M. DAVID , Assesseur

M. J. GUYOT , Professeur Honoraire
M. F. BARON , Professeur Honoraire
Melle G. PALLOT , Professeur Honoraire

PROFESSEURS TITULAIRES

Anatomie et organogénèse	: P. BARRY
Anatomie pathologique	: R. MICHIELS
Biochimie	: P. PADIEU
Carcinologie	: F. CABANNE, Doyen Honoraire
Chirurgie générale	: P. AUPECLE
Clinique Chirurgicale	: H. VIARD
Clinique Médicale	: P. CORTET
Clinique gynécologique et obstétricale	: J. JAHIER
Clinique médicale infantile	: M. ALISON
Hépato-Gastro-entérologie	: Cl. KLEPPING
Maladies infectieuses	: F. DESTAING
Médecine légale et toxicologie	: A. MARIN
Pathologie chirurgicale	: C. FERRY
Pathologie médicale	: R. PUTELAT
Physiologie	: J. KLEPPING
Sémiologie médicale	: J. B BOUHEY

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Biochimie	: J. DEDREUX
Carcinologie	: J. GUERRIN
Histologie	: P. ZAHND
Médecine expérimentale Immunologie	: F. MARTIN
Médecine préventive et Santé Publique, Hygiène	: M. CARON
Physiologie	: J.P. DIDIER
Radiologie (diagnostic)	: J.P. MABILLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	: J.M AUTISSIER
Anatomie pathologique	: E. JUSTRABO
Anesthésiologie	: B. CAILLARD
	M. WILKENING
Bactériologie, virologie	: A. KAZMIERCZAK
Biochimie Médicale	: G. MACK
Chirurgie générale	: S. BRIET
	G. PIGANIOL
	J.P FAVRE
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	: M. DAVID
Dermatologie	: D. LAMBERT
Endocrinologie, métabolisme, nutrition	: J.M. BRUN
Gynécologie et Obstétrique	: J.P. FELDMAN
Hématologie et Maladies du sang	: J. BONHOMME
Mathématiques, statistiques informatique médicale	: Mme L. DUSSERRE
Médecine interne	: M. GAUDET
	P. LOUIS
Néphrologie	: G. RIFLE
Neurochirurgie	: A. THIERRY
Neurologie	: R. DUMAS
Orthopédie, traumatologie, chirurgie plastique et reconstructive	: P. GRAMMONT
Parasitologie	: P. CAMERLYNCK
Pédiatrie et Génétique Médicale	: J.L. NIVELON
Pharmacologie	: A. ESCOUSSE
Pneumologie, Phtisiologie	: L. JEANIN
Psychiatrie	: P. TRAPET
Radiologie (diagnostic)	: M. WEILLER
	D. BINNERT
Radiologie (thérapie)	: J.C. HORIOT
Rhumatologie	: J. STRAUSS
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	: G. MALKA

AGREGES LIBRES

Dermatologie, Vénéréologie	: J.L. CHAPUIS
Ophtalmologie	: P.G. MOREAU

La Faculté de Médecine de DIJON déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

JURY DE LA THESE

Président : M. Le Professeur A. MARIN

Membres : M. Le Professeur R. PUTELAT
M. Le Professeur P. TRAPET
M. Le Professeur P. SCHERRER
M. Le Docteur A. GISSELMANN

A AYALA, ma femme
A YAEL, ma fille

A ma mère, à mon père

A mes soeurs, à mon frère

A mes grands-parents

A mes beaux-parents

A toute ma famille

A mes amis

Je dédie cette thèse

A la mémoire de ma grand-mère maternelle

A la mémoire de mes grands-parents paternels

A la mémoire de mes oncles,

JEAN-PIERRE
GEORGES
ALDO

A Monsieur le Professeur A. MARIN

Nous lui sommes redevable de l'essentiel de notre formation psychiatrique.

Lors de notre passage dans son service, nous avons eu le privilège de pouvoir apprécier son dynamisme, son sens pédagogique, ses qualités humaines, ses dons d'organisateur, et la confiance dont il sait honorer ceux qui travaillent à ses côtés.

Il a su nous inspirer ce travail, nous prodiguer aide et conseils judicieux.

Il nous fait le grand honneur de bien vouloir présider notre jury, qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration.

A Monsieur le Professeur P. TRAPET

Nous avons toujours pu trouver près de lui attention, confiance et appui.

Nous avons toujours pu apprécier la clareté de son enseignement et la finesse de ses analyses.

Il a accepté d'être notre juge, qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. SCHERRER

Il fut notre maître de sémiologie et nosologie psychiatrique.

Il a bien voulu accepter de juger notre travail, qu'il en soit remercié et qu'il soit assuré de notre plus profond respect.

A Monsieur le Docteur A. GISSELMANN

Très reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge, qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'excellent enseignement et le bienveillant intérêt qu'il nous a accordés.

S O M M A I R E

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS 5

I - Données actuelles sur la détermination du sexe d'une personne 7

II - Le diagnostic différentiel du transsexualisme 21

1° - les états intersexuels

2° - les perversions sexuelles

III - Définition du transsexualisme (féminin) 47

DEUXIEME PARTIE : OBSERVATIONS 49

I - Observations personnelles 52

Observation 1 : Denise S.

Observation 2 : Michèle V.

Observation 3 : Lydia B.

Observation 4 : Claudine A.

II - Observations de la littérature 79

Observation 5 : Sarolta Sandor

Observation 6 : Daniel Van Oosterwyck

TROISIEME PARTIE : CONCEPT DE BISEXUALITE 95

I - Les racines historiques de la bisexualité 97

1° - Aspects mythologiques

2° - Les répercussions sociologiques : les rites initiatiques

II - Le "support" médical de la bisexualité ... 115

1° - Embryologie
2° - Endocrinologie

III - La bisexualité psychique 120

QUATRIEME PARTIE : CONCEPT DE TRANSSEXUALITE 123

I - Bref historique 124

II - Données actuelles médicales 136

1° - Sur le plan neurohormonal
2° - Sur le plan génétique
3° - Les données de l'E.E.G
4° - Sur le plan clinique
5° - Conclusions

III - Etude psychologique, psychiatrique, psychanalytique 160

1° - Analyse des tests psychologiques
2° - Etude psychiatrique
3° - Réflexions psychanalytiques

IV - Problèmes posés par la demande transsexuelle 175

1° - Difficultés thérapeutiques
2° - Etude médicolégale du transsexualisme

V - Solutions proposées 221

1° - Sur le plan médical
2° - Sur le plan médicolégal et social

CONCLUSION 225
BIBLIOGRAPHIE 228

I N T R O D U C T I O N

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Le principe socioculturel de la bipolarité des sexes oblige chaque être humain à se considérer, à se définir lui-même et à se présenter par rapport aux autres comme un individu sexuel (voire sexué) bien déterminé, c'est-à-dire à être un homme ou une femme et à se comporter conformément à cette étiquette.

C'est pourquoi, à chaque individu est assigné un rôle sexuel ("gender role" des auteurs anglo-saxons, qui font une distinction fondamentale entre la sexualité psychologique - utilisant le terme "gender" - et la sexualité somatobiologique - définie par le terme "sex") ; ce rôle sexuel (ou rôle de genre) est déterminé dès la naissance en fonction de certaines caractéristiques anatomiques, essentiellement la vue des organes génitaux externes, qui va déclencher un certain comportement de l'entourage (immédiat surtout, c'est-à-dire des parents et plus précisément de la mère), très important pour la genèse de l'identité sexuelle de l'individu ("gender identity" des auteurs anglo-saxons).

Certaines personnes cependant, affirment qu'il leur est impossible de façon absolue, de remplir le rôle sexuel imparti par leur constitution sexuelle somatobiologique perçue par les autres dans un sens ou dans un autre. Et elles se comportent dans un premier temps comme des individus de "l'autre sexe", tant sur le plan de l'aspect physique extérieur (habillement, façon de se coiffer ...) que par leur aspect psychologique (caractère, goûts particuliers de l'un ou l'autre sexe ...).

Dans un deuxième temps, elles désirent également mettre en harmonie toutes ces caractéristiques avec leur corps (qui est en contradiction avec leur apparence extérieure) c'est-à-dire que ces personnes souhaitent acquérir les caractéristiques anatomiques de l'autre sexe (et c'est à ce niveau qu'interviendront (le ou) les médecins auxquels elles ne manqueront pas de faire appel).

En outre, les transsexuels (puisque c'est d'eux qu'il s'agit) exigent que la société dans laquelle ils vivent reconnaisse ce sexe vécu et souhaitent avoir la possibilité de vivre sans heurts avec les autres membres de la communauté sociale ; cela pose bien sûr de nombreux problèmes, la société mettant des obstacles devant cette aspiration à changer de sexe et les transsexuels affrontent de nombreuses difficultés aux divers stades de leur histoire, risquant à tout moment les sanctions prévues par la justice sociale (le transsexuel aspire à une existence vivable selon ses désirs, la société exigeant le respect des normes qu'elle a établies, et qui peuvent d'ailleurs changer).

Il nous a semblé intéressant de débuter cette étude en définissant de façon précise ce qu'on nomme transsexualisme, en insistant d'abord sur la notion actuelle de "sexe (s)", puis en faisant un diagnostic différentiel de ce que n'est pas le transsexualisme (tant sur le plan organique à savoir les états intersexuels que sur le plan psychologique pur à savoir certaines perversions sexuelles comme l'homosexualité, le travestissement).

La deuxième partie présentera les observations cliniques tant personnelles que relevées dans la littérature. Nous limiterons le sujet aux transsexuels féminins (c'est-à-dire individus nés femmes désirant changer de sexe et vivre comme des hommes), ceci en raison de la rareté des publications par opposition à la pléthore d'articles originaux sur le sujet du transsexualisme masculin (c'est-à-dire homme désirant vivre et se transformer en femme), ainsi qu'en raison de la physiopathologie particulière de ces cas de transformation sexuelle.

Dans une troisième partie, sera étudié le concept de bisexualité (tant il nous est apparu indispensable de développer un peu cette notion avant d'entrer dans le vif du sujet sur le

transsexualisme) aussi bien sur le plan historique (civilisations hébraïque, latine, grecque ; civilisations primitives), que sur les découvertes embryologiques et médicales (endocrinologiques et psychologiques voire psychanalytiques).

Enfin, la dernière partie tentera

- de faire le point sur le concept actuel de transsexualité en étudiant les données médicales modernes (en génétique et en endocrinologie) et les données psychologiques (avec un essai de classification nosographique et une approche psychanalytique de la question) ;

- de mettre en évidence les problèmes rencontrés sur le plan thérapeutique (hormones, chirurgie, psychothérapies) ainsi que sur le plan médico-légal (en étudiant l'évolution de la législation française et en la comparant avec les lois actuelles sur le changement de sexe dans d'autres pays étrangers) ;

- de présenter des solutions à cette question très complexe et de plus en plus d'actualité.

P R E M I E R E   P A R T I E

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

D E F I N I T I O N S

Il est très important de définir le transsexualisme (en raison des conséquences pratiques que cela peut avoir lors d'une demande de changement de sexe) ; et avant de le définir, il nous faut tenter de répondre à deux questions :

1° - comment peut-on aujourd'hui déterminer avec précision le (ou les) sexe (s) d'un individu donné ?

2° - quelles affections (somatiques ou psychiatriques) sont à différencier de façon formelle du transsexualisme ?

I - DONNEES ACTUELLES SUR LA DETERMINATION DU SEXE D'UNE PERSONNE.

Le sexe est une notion complexe : il s'édifie lentement en partant de la gonade embryonnaire indifférenciée à potentiel bisexuel pour aboutir à un ensemble assez harmonieux pour distinguer un homme d'une femme ; il représente une longue succession dans le temps de différents facteurs : génétiques, hormonaux, psychologiques, sociaux.

Il se définit à partir de plusieurs paramètres ou composantes que nous allons envisager successivement.

1) Le sexe génétique

Il est déterminé dès la fécondation par la formule chromosomique de la cellule résultant de l'union de l'ovule et du spermatozoïde (plus précisément par la nature du chromosome sexuel porté par le spermatozoïde).

Chaque cellule est ainsi porteuse (chez l'Homme) de deux fois 23 chromosomes (deux fois 22 autosomes plus deux gonosomes) sauf les cellules reproductrices qui ne possèdent que la moitié de ce matériel chromosomique.

Ce sexe génétique est mis en évidence par trois types d'investigation :

a - le test de BARR (déterminant le sexe chromatinien nucléaire) met en évidence le nombre de chromosomes X présents chez un individu.

En effet, dans les cellules en interphase, tous les chromosomes X sauf un sont inactivés et ils apparaissent sous la forme d'un amas de chromatine visible à la périphérie du noyau.

Leur pourcentage donne une idée précise et rapide du nombre de chromosomes X du sujet. Ainsi, chez une femme normale, des cellules avec corps de BARR doivent être facilement trouvées, tandis que chez l'homme normal, aucune cellule avec une chromatine sexuelle positive ne devrait être rencontrée.

On déduit le nombre de chromosomes X en calculant le nombre d'amas chromatiniens situés à la périphérie nucléaire dans plus de 30 % des cellules : soit n le nombre de corps de BARR trouvés, le nombre de chromosomes X sera n + 1.

La technique utilisée pour cet examen est celle du frottis buccal (simple en raison de la facilité du prélèvement et de la dimension des cellules). Les cellules étudiées sont étalées sur lames, fixées, puis colorées par des techniques spéciales et bien déterminées. Le pourcentage de cellules contenant un sexe chromatinien est alors établi par l'étude microscopique des lames.

Cet examen donne une idée sommaire et rapide sur la constitution chromosomique sexuelle du sujet. Elle permet parfois de surseoir à la nécessité de faire un caryotype.

b - le caryotype détermine la formule chromosomique qui est AXY chez le sujet de sexe masculin normal et AXX chez le sujet de sexe féminin normal (A désignant les 44 autosomes).

La technique utilisée consiste à prélever des cellules (de tout type de tissus, le plus souvent des leucocytes). Il est alors facile d'étudier les chromosomes sexuels et en particulier de détecter le nombre de chromosomes Y.

c - une dernière technique, complémentaire de celle de BARR pour un diagnostic rapide de la constitution chromosomique

sexuelle d'un individu, de réalisation pratique plus rapide que celle d'un caryotype, permet de déterminer rapidement le nombre de chromosomes Y.

Elle utilise une révélation de la présence du matériel chromatinien Y dans les noyaux des cellules en interphase par fluorescence.

Le prélèvement des cellules s'effectue par frottis buccal qui est fixé puis les lames sont colorées par une technique spéciale et la lecture se fait au microscope, appareillé de façon adéquate.

Chez un homme normal, la proportion de cellules contenant un "corps chromatinien mâle" (chromosome Y) varie entre 25 et 50 % selon les préparations.

Il y a dans les cellules autant de corps fluorescents que de chromosomes Y.

Le sexe génétique conditionne la différenciation gonadique à partir de la gonade primitive bipotentielle.

2) Le sexe gonadique

Il se différencie à partir de la septième semaine de la vie embryonnaire. Jusque là, la gonade primitive était représentée par une simple saillie épithéliale surmontant un stroma conjonctif : les crêtes génitales. Elle est formée de deux zones :

a - une zone centrale ou médullaire qui va constituer le testicule chez l'embryon de sexe génétique masculin (XY) : on reconnait des tubes séminifères dès la septième semaine, les cellules de LEYDIG qui sécrètent la testostérone dès la neuvième semaine.

b - une zone périphérique ou corticale qui va former l'ovaire chez l'embryon de sexe génétique féminin (XX) : la gonade primitive va alors peu évoluer, les follicules caractéristiques de l'ovaire n'apparaissent que vers la dix-septième semaine.

Donc, le sexe gonadique est défini par la structure des organes générateurs de cellules reproductrices (chez l'homme : testicules ; chez la femme : ovaires).

Une étude histologique après biopsie de la gonade en question permet de définir sa structure précise.

3) Le sexe gonophorique interne (ou sexe génital interne).

Deux types de canaux excréteurs sont annexés à la gonade primitive. Il s'agit d'une part des canaux de WOLFF (à destinée mâle) et d'autre part des canaux de MULLER (à destinée femelle).

a - si l'orientation se fait vers le sexe masculin, le canal de WOLFF se développe pour former l'épididyme, le canal déférent, la vésicule séminale et le canal éjaculateur. L'utricule prostatique et l'hydatide pédiculée sont des reliquats des canaux de MULLER qui se sont atrophiés.

b - si l'orientation se fait vers le sexe féminin, les canaux de MULLER se développent et se joignent sur la ligne médiane pour former l'utérus et les deux tiers supérieurs du vagin (le dernier tiers étant formé aux dépens du sinus urogénital) ainsi que les trompes. Les canaux de GARTNER représentent les reliquats des canaux de WOLFF qui ont dégénéré.

L'exploration clinique se fait par un examen radiologique (après opacification des voies génito-urinaires), coelioscopie

voire exploration chirurgicale.

4) <u>Le sexe gonophorique externe ou sexe génital externe ou sexe phénotypique</u>.

Les organes génitaux externes sont constitués par la fente urogénitale (ouverture au périnée du sinus urogénital, partie terminale du tractus génital) surmontée par le tubercule génital et bordée par les bourrelets génitaux.

a - chez l'embryon XX, le sinus génital reste ouvert, les bourrelets génitaux séparés forment les grandes lèvres, le bourgeon génital peu développé est représenté par le clitoris. Le sinus urogénital se cloisonne pour former en avant la portion inférieure de l'urètre et en arrière la portion inférieure du vagin.

b - chez l'embryon XY, la fente génitale se ferme, le scrotum résulte de la fusion des bourrelets génitaux. Le développement du bourgeon génital forme le pénis à l'extrémité duquel s'ouvre l'urètre pénien.

5) <u>Le sexe légal ou sexe d'état civil</u>.

Il est basé sur la structure des organes génitaux externes. Il est déterminé en principe à la naissance (Article 57 du Code Civil : "l'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant ..."). Tout individu même s'il présente des anomalies, doit obligatoirement être rattaché à l'un des deux sexes, masculin ou féminin. Cette mention du sexe fixe définitivement l'état de l'intéressé et jouit d'une présemption de vérité qui la rend opposable erga omnes jusqu'à preuve du contraire.

6) <u>Le sexe somatique, pubertaire et hormonal</u>.

a - <u>Il fait le bilan des caractères et la somme de prévalence des caractères d'un sexe sur un autre</u> en s'aidant de la morphologie générale du corps et des caractères sexuels secondaires qui apparaitront à la puberté :

1° - <u>chez le garçon</u> :

- maturation de l'appareil génital.
- poussée de croissance.
- modification de la pilosité pubienne (dernier stade représentant la forme losangique caractéristique à l'âge adulte), axillaire, au niveau de la face, du menton, du tronc et des membres ; enfin, ligne d'implantation des cheveux.
- modification de la voix (les cordes vocales s'allongent et la mue aboutit à une tonalité beaucoup plus grave).
- modification de la peau (excitation de la sécrétion des glandes sébacées aboutissant à la séborrhée, cause des poussées d'acné surtout au niveau du visage).
- modification des seins : élargissement des aréoles qui se pigmentent.

2° - <u>chez la fille</u> :

- accélération de la croissance et de la maturité osseuse avec modification de la silhouette.
- maturation de l'appareil génital et apparition des premières règles.
- développement mammaire (il commence par la surélévation des mamelons suivie d'une surélévation des seins puis se poursuit par l'augmentation de volume des glandes, le développement des mamelons et la pigmentation des aréoles.)

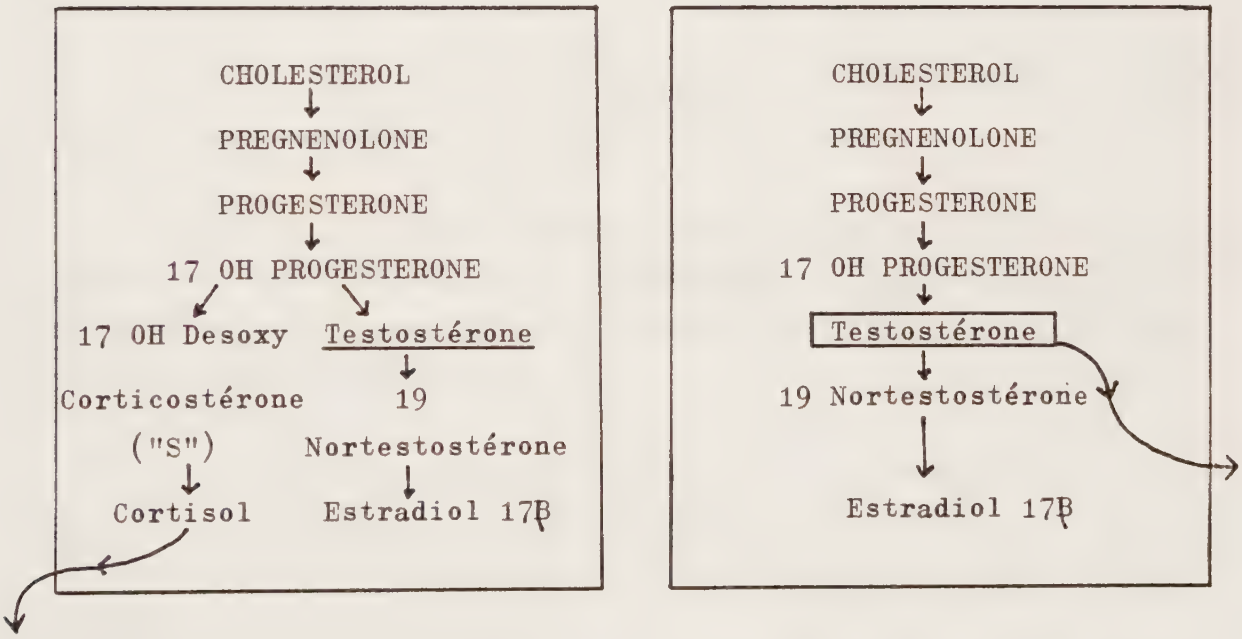
- modification de la pilosité pubienne et axillaire.

b - l'apparition de ces caractères sexuels est déterminée par la production des hormones sexuelles et, sur le plan hormonal, une distinction s'impose selon le sexe :

+ chez le sujet de sexe masculin, l'hormonogénèse dépend du tissu endocrine testiculaire, cellules de LEYDIG caractéristiques du tissu interstitiel de la glande.

Les hormones testiculaires sont des stéroîdes androgènes possédant des actions masculinisantes. Ces hormones peuvent provenir également du cortex surrénal.

On peut schématiser ainsi la différenciation biochimique des cellules productrices de stéroîdes à action androgène (au niveau de cellules du cortex surrénal et de cellules testiculaires de LEYDIG) :



Cellule du cortex surrénal

Cellule testiculaire de LEYDIG

Le produit hormonal principal des cellules de LEYDIG est donc la testostérone. Chez l'homme normal, le dosage plasmatique de testostérone est de l'ordre de 0,5 g pour cent.

Certains oestrogènes (en particulier l'estradiol 17 β et l'œstrone) ont été retrouvés en concentration très faible dans le sang, et la quantité de métabolites urinaires retrouvés dans les urines correspond à moins du dixième de celle excrétée par la femme au moment de l'ovulation.

La testostérone n'est pas mise en réserve dans l'organisme. Elle est soit utilisée rapidement au niveau des effecteurs, soit dégradée en androgènes peu actifs au niveau du foie, qui seront ensuite éliminés surtout par les urines dans lesquels ils se présentent sous forme biologiquement inactive. L'excrétion des 17 cetostéroïdes (17 CS) est utilisée comme index de la production endogène d'androgènes (surtout l'androstérone, la déshydroépiandrostérone, l'épiandrostérone et l'étiocholanolone). L'excrétion quotidienne de 17 CS peut se chiffrer entre 6 et 28 mg (4 à 17 mg par jour chez la femme).

Les propriétés physiologiques des hormones sexuelles mâles (la fonction androgénique) interviennent :

- dans le domaine sexuel : les androgènes testiculaires apparaissent indispensables au développement des caractères sexuels secondaires et à l'activité fonctionnelle des glandes et des canaux du tractus sexuel accessoire.

- dans le domaine métabolique : les androgènes testiculaires jouent un rôle au niveau du squelette et des muscles squelettiques. L'action métabolique essentielle est la stimulation de l'anabolisme protéique.

+ <u>chez la personne de sexe féminin</u>, l'hormonogénèse assure la production des hormones génitales femelles, oestrogènes et progestérone, qui gouvernent l'activité sexuelle.

A la différence de la fonction génitale mâle continue, la fonction génitale femelle est caractérisée par une activité cyclique de l'ovaire (cycle hormonal ovarien responsable de l'évolution cyclique de la sécrétion des hormones ovariennes, qui commande les phénomènes cycliques observés au niveau des effecteurs génitaux).

La fonction hormonale de l'ovaire est assurée par la sécrétion de deux types d'hormones :

- <u>les oestrogènes</u>, sécrétées par les cellules thécales qui ont pour propriété de déclencher les réactions oestrales. Essentiellement, l'oestradiol, l'oestrone et l'oestriol. L'évaluation de la sécrétion d'oestrogènes est surtout fondée sur l'étude de leur élimination urinaire. On dose ainsi les phénolstéroïdes urinaires (variations de 5 à 15 µg par 24 heures à 80 - 100 µg dans la première phase du cycle ; pic au moment de l'ovulation ; à 40 µg par 24 heures dans la deuxième partie du cycle avec un nouveau pic cinq à huit jours après l'ovulation).

L'action des oestrogènes est double : d'une part au niveau des effecteurs génitaux (rôle trophique au niveau du tractus génital et de la glande mammaire ; rôle dans le comportement sexuel). D'autre part, actions extra-génitales, influençant la morphogénèse d'autres tissus et organes, aboutissant à l'apparition des différents caractères sexuels secondaires.

- <u>la progestérone</u>, sécrétée par le corps jaune, dont la propriété principale est d'intervenir en synergie avec les oestrogènes dans les modifications endométriales qui préparent à la nidation de l'oeuf.

On dose la progestérone plasmatique et surtout l'élimination urinaire du prégnandiol (qui augmente de façon significative 24 heures après l'ovulation jusqu'à atteindre un sommet de 6 à 8 mg par 24 heures vers le septième ou huitième jour après l'ovulation. Puis le taux diminue et on en détecte à l'état de traces pendant toute la première partie du cycle).

7) Le sexe psychologique ou comportemental.

Il se définit à partir de trois critères qu'il faut prendre en considération : l'identité sexuelle, l'orientation psychosexuelle et le rôle sexuel.

Les auteurs anglo-saxons possèdent une terminologie bien précise dans ce domaine : ils parlent de "genre" pour les faits d'ordre psychologique ou psycho-social : "gender role" ("rôle de genre"), "gender identity"("identité de genre"), réservant le terme "sex" pour tous les faits d'ordre anatomique, physiologique ou biologique.

Les usages de la langue française expliquent qu'on parlera de "sexe, sexuel, sexualité" pour tous les faits d'ordre somatobiologique, tandis que pour tout ce qui touche au domaine de la psychologie, on utilisera les termes "psychosexualité, évolution psychosexuelle, orientation psychosexuelle, rôle sexuel, identité sexuelle".

a - l'identité sexuelle ("Gender Identity") :

C'est le fait pour un individu de se reconnaître lui-même et d'être reconnu par les autres comme être appartenant à un sexe déterminé.

Cette identité sexuelle est fixée dès la naissance sur la reconnaissance du sexe qui est faîte d'après l'anatomie des organes génitaux externes (donc d'après le sexe gonophorique externe ou sexe génital ou encore sexe phénotypique).

Toujours à la naissance, et en conformité avec l'aspect des organes génitaux externes, le sexe de l'enfant est enregistré sur l'acte de naissance (selon l'Article 57 du Code Civil) et le nouveau-né se verra attribuer des prénoms qui sont le plus souvent spécifiques du sexe (à l'exception de quelques uns qu'on peut attribuer indifféremment à des enfants de sexe masculin ou féminin).

Par la suite, dans tout acte d'état civil figure la précision du sexe, ce qui reflète l'importance de la catégorisation sexuelle sociale (et ceci est valable pour toutes les ethnies).

L'identité sexuelle est certainement acquise bien avant l'âge de trois ans (date à laquelle l'enfant peut répondre sans erreur à la question de l'appartenance à son sexe telle qu'elle est formulée par exemple dans les tests psychométriques), avant la fin de la deuxième année et peut-être dès la fin de la première année, par conséquent avant le stade phallique.

La dynamique de sa genèse est mal connue. Elle se constitue progressivement chez l'enfant. Il s'agit sans doute d'un processus d'identification primaire atraumatique où le comportement et les attitudes conscientes ou inconscientes des parents de l'enfant sont déterminants.

L'identité sexuelle est responsable dès la naissance de l'apparition de réactions en chaîne consolidant la notion d'appartenance de l'individu à un sexe.

b - l'orientation psychosexuelle :

Elle est définie par l'ensemble des éléments psychiques conscients et inconscients inhérents à l'appartenance au sexe. Elle est synonyme de différenciation psychosexuelle (position établie à la suite d'un choix).

L'orientation psychosexuelle est composite : l'évolution psychosexuelle venant en surimpression de cette sorte d'empreinte première qu'est l'identité sexuelle.

Dans les limites normales, cette orientation se fait soit dans le sens masculin, soit dans le sens féminin (si on laisse de côté l'incidence bisexuelle dont on aura l'occasion de reparler longuement par la suite).

c - le rôle sexuel :

L'individu psychologiquement orienté dans son sexe masculin ou féminin va jouer pendant toute la durée de sa vie un rôle inhérent à son sexe.

Classiquement, on définit ce rôle sexuel sous différents aspects :

+ le rôle sexuel sous son aspect érotique, c'est-à-dire l'identification du sujet à un sexe donné dans les situations érotiques, l'érotisme consistant en des faits d'ordre essentiellement subjectif de plaisir, ou au moins d'appétit ou de besoins éprouvés par l'adulte comme de nature sexuelle de façon relativement évidente.

+ le rôle sexuel socio-personnel ou intersubjectif

Il comprend toutes les attitudes envers les autres et en particulier d'un sexe par rapport à l'autre. C'est ce comportement qui définit la féminité de la femme et la virilité de l'homme.

On rattache à ce rôle d'une part des traits de caractère liés au sexe, d'autre part des attitudes intersubjectives bien déterminées, par exemple la protection, la galanterie, "l'orgueil phallique" (Simone de BEAUVOIR dans "Le deuxième sexe") de l'homme ; la coquetterie, la docilité de la femme.

+ <u>le rôle sexuel idéal</u>, dans lequel on peut inclure les goûts, les intérêts, les aspirations de l'individu. Il motive souvent le choix d'une profession (on a toujours défini certains métiers plutôt réservés aux hommes et d'autres qui conviennent mieux aux femmes !).

Il faut noter que le rôle sexuel socio-personnel et le rôle sexuel idéal varient considérablement selon les sociétés (que ce soit sur un plan géographique à une même époque, ou selon les époques dans les mêmes lieux géographiques) et les ethnies.

d - L'identité sexuelle, l'orientation psychosexuelle et le rôle sexuel déterminent un ensemble de comportements responsables de la <u>conduite sexuelle</u> d'un individu, qui a été particulièrement analysée par S. FREUD qui distingue deux éléments fondamentaux sur le plan des composantes psychologiques:

+ <u>l'objet sexuel</u>, qui correspond à la personne qui exerce un attrait sexuel. Le choix de cet objet résultant de conditions multiples en rapport avec les circonstances, le groupe et les contraintes sociales, la personnalité de l'intéressé.

+ <u>le but sexuel</u>, visant au mode d'exercice de l'acte sexuel. Dans l'exercice de la sexualité, la fonction sexuelle se déroule normalement dans le schéma physiologique réalisé pour la procréation.

De nombreuses variations existent, connues et étudiées depuis très longtemps, déterminant des états plus ou moins pathologiques.

Ainsi, a-t-on essayé de faire le point actuel sur la notion de sexe d'un individu en définissant successivement les paramètres du sexe somatobiologique et les éléments du sexe psychologique, responsable en dernier ressort de l'orientation du comportement sexuel.

II - LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU TRANSSEXUALISME.

Il est important de passer en revue la plupart des affections qui n'ont pas de rapport direct avec le transsexualisme, bien qu'intéressant les organes sexuels et la sexualité.

Parmi ces affections, on distingue des maladies somatiques (essentiellement les états intersexuels) et des maladies psychiatriques (représentées par quelques perversions sexuelles).

1) Les états intersexuels.

Il s'agit des ambiguités sexuelles qu'on peut définir comme résultant de troubles de la différenciation de l'appareil génital pendant la vie embryonnaire (troubles de la différenciation du sinus urogénital donnant naissance à des caractères à la fois masculins et féminins), ou après la naissance.

Ces malformations intéresseront le plus souvent les organes génitaux externes et les organes génitaux internes.

Le résultat sera une discordance entre le sexe génétique, le sexe gonadique et le phénotype (alors que chez un individu normal, le génotype correspond au sexe gonadique, à la sécrétion hormonale, à la forme du tractus génital interne et externe).

En effet, l'unité du sexe somatique ne tient qu'à l'heureux déroulement de la différenciation de la gonade primitive dans le sens ovarien ou testiculaire, elle-même déterminée par le sexe chromosomique (XX ou XY).

Mais de nombreux accidents sont susceptibles de compromettre cette différenciation, qui peuvent survenir en raison de nombreux facteurs :

- soit anomalie des chromosomes sexuels, ce qui va com-

promettre la différenciation des gonades et entrainer ensuite des problèmes au niveau de la différenciation des structures génitales ;

- soit insuffisance des sécrétions du testicule foetal (ou insensibilité des tissus effecteurs aux sécrétions androgéniques de ce testicule), ce qui va être responsable d'un défaut de masculinisation d'un foetus à l'origine génétiquement mâle (XY) ;

- soit imprégnation pathologique du foetus génétiquement féminin (XX) par des substances androgéniques d'origine foetale (hyperplasies virilisantes congénitales des surrénales) ou maternelle (hyperandrogénie maternelle, thérapeutiques hormonales durant les trois premiers mois de la grossesse). Cette imprégnation va entrainer un certain degré de masculinisation de ce foetus XX, variable selon les cas.

Nous allons passer en revue successivement différentes entités nosologiques bien définies entrant dans le domaine de ce chapitre.

a - les dysgénésies gonadiques

Les principales sont représentées par le syndrome de TURNER et le syndrome de KLINEFELTER.

+ le syndrome de TURNER :

Il s'agit d'un syndrome d'aplasie gonadique (agénésie ou dysgénésie ovarienne) qu'on retrouve à la fréquence de un cas sur 2500 naissances.

- sur le plan somatique, il se caractérise par une apparence féminine, une petite taille (moins de un mètre quarante

à l'âge adulte) et des anomalies physiques multiples entrant dans un contexte polymalformatif (dysmorphie faciale inconstante ; "Pterygium colli" ou cou palmé avec implantation basse des cheveux ; forme du thorax "en bouclier" avec écartement mamelonnaire et mamelons hypoplasiques ; malformations osseuses : cubitus valgus très accentué, brièveté du quatrième métacarpien responsable de la brièveté de l'annulaire, plateaux tibiaux internes enfoncés ; fréquence accrue de malformations internes à type de coarctation de l'aorte et de complications rénales ; enfin, très souvent, on note l'importance de naevi pigmentés et ces sujets présentent parfois une anomalie de la vision des couleurs).

A l'âge de la puberté, on met en évidence un infantilisme sexuel avec l'absence de développement des caractères sexuels secondaires (organes génitaux externes immatures, pas de développement mammaire, pilosité pubienne souvent tardive et clairsemée, à caractère ambosexuel), et aménorrhée primaire.

Les examens complémentaires révèlent : une surproduction de FSH secondaire à l'agénésie gonadique; ainsi qu'

une grande variabilité cytogénétique (expliquant les nombreuses variations cliniques) : dans 56 % des cas, le caryotype révèle une absence totale d'un des chromosomes X. Les sujets ayant une formule 45 X 0 présentent le tableau clinique majeur. Dans 38 % des cas, on retrouve des mosaïques avec une population normale 46 XX et une population 46 XO (les tableaux cliniques sont alors moins importants). Enfin, dans 6 % des cas, on note des anomalies de structure de l'X (X en anneau, isochromosome).

Toujours est-il que globalement, un sexe chromatinien négatif est retrouvé dans 80 % des cas, correspondant non à un sexe chromosomique mâle mais à un ensemble chromosomique sexuel aberrant XO (formule 45 XO);

Enfin, à la laparotomie, un utérus infantile et des gonades réduites à de petites crêtes de stroma de type ovarien ne contenant pas de follicules primordiaux.

On a rapporté des cas de sujets de phénotype masculin ayant quelques uns des traits caractéristiques du syndrome de TURNER. Il y a aussi hypogonadisme avec dans ce cas, anorchie ou testicules atrophiques et cryptorchidie. Le caryotype comprend généralement un complément chromosomique sexuel masculin normal XY.

- sur le plan psychologique :

Au niveau intellectuel, en ce qui concerne les patientes atteintes d'un syndrome de TURNER, les opinions diffèrent selon les auteurs. Selon MONEY, leurs quotients intellectuels se répartiraient sur une courbe semblable à celle de la population générale, alors que pour d'autres, cette courbe serait légèrement inférieure (développement intellectuel à la limite de la normale : individus débiles légers). En ce qui concerne les TURNER mâles, on a relevé un plus grand nombre de bas niveaux.

On n'a pas relevé de corrélations entre les Q.I. des malades et leurs malformations physiques associées : certaines patientes, mentalement déficientes, sont exemptes de stigmates physiques alors que d'autres dont le Q.I. est supérieur, sont atteintes d'une ou plusieurs malformations.

On n'a pas retrouvé non plus de différences selon que l'aberration gonosomique comporte la perte de la totalité ou d'une partie du chromosome X.

Sur le plan mental, on ne retient pas de troubles mentaux spécifiques au syndrome de TURNER. Mais on décrit ces patientes comme immatures, sensibles, passives et surtout très vulnérables, d'où des possibilités de décompensation d'ordres

divers. Et une aide est nécessaire au moment où on dévoile leur anomalie, leur stérilité et lors del'instauration du traitement (des petites doses d'oestrogènes avant la puberté permetent de stimuler un peu la croissance ; à la puberté, des doses plus importantes vont permettre un développement mammaire et l'instauration d'un cycle artificiel).

+ <u>le syndrome de KLINEFELTER</u> :

- Il se discute chez un sujet de phénotype masculin (à une fréquence de 1/400 ou de 1/800) qui présente à l'adolescence ou à l'âge adulte une symptomatologie somatique caractérisée par une gynécomastie plus où moins importante et des signes d'hypoandrisme : morphologie générale plus ou moins ennuchoïde et testicules en position normale, mais hypoplasiques, durs et insensibles.

Les examens complémentaires révèlent :

- une élévation considérable du taux de FSH après la puberté ;

- l'existence d'une variabilité cytogénétique : habituellement, on retrouve une chromatine sexuelle positive correspondant à une aberration chromosomique sexuelle XXY, donc à un sexe chromosomique masculin (de formule 47 XXY).

Mais on rencontre aussi des formules où le nombre de X est augmenté (XXXY le plus souvent) ainsi qu'une quantité de mosaïques avec un nombre variable de chromosomes X ;

- une azoospermie ;

- une atrophie et une hyalinisation des tubes séminifères, et à l'examen histologique, des cellules de LEYDIG intactes.

Le diagnostic est rarement fait dans l'enfance, car il n'y a pas d'anomalie morphologique ni de malformations internes.

Ce syndrome explique à lui seul une grosse proportion de stérilité masculine.

- les désordres psychologiques rencontrés au cours du syndrome de KLINEFELTER se situent à deux niveaux : les tests d'intelligence montrent une dispersion prononcée avec des tests de performance meilleurs que les verbaux. Le niveau de débilité mentale est très variable, et il semble que le nombre de chromosomes X soit proportionnel à la débilité mentale.

J. NIELSEN (en 1970) a étudié les troubles du comportement de ces sujets avant seize ans. Il a constaté que le risque de troubles psychiatriques est plus élevé chez les personnes atteintes d'un syndrome de KLINEFELTER que dans une population standard. Ces garçons semblent être remarquablement faciles, tranquilles, passifs durant la première année de leur vie. Jusqu'à quatre ou cinq ans, ils se présentent ainsi avec des difficultés de contact avec leurs parents, leurs frères et soeurs et les autres enfants. Des troubles du comportement peuvent apparaître à cet âge ou quand ils commencent à aller à l'école et se séparent alors de leur mère. Ces mères sont souvent hyperprotectrices et anxieuses, peut-être en réaction à l'immaturité, la faiblesse et la dépendance de leur fils.

Les tests psychologiques montrent des difficultés à construire la structure du Moi de ces sujets ; ils restent dépendants et immatures avec des mécanismes de défense faibles contre leurs pulsions.

b - <u>les dysgénésies gonadiques ambiguës</u> :

+ On regroupe sous ce terme un ensemble de faits disparates qui posent des problèmes nosologiques et étiopathogéniques.

Par souci de simplification, on peut classer dans ce cadre, <u>toutes les ambiguïtés sexuelles qui s'accompagnent d'une dysgénésie d'une ou des deux gonades, quelque soit leur caryotype</u>.

Les dysgénésies gonadiques ambiguës peuvent être symétriques ou asymétriques (et on les qualifie alors de "mixtes").

Elles peuvent comporter une dysgénésie testiculaire bilatérale, une agénésie gonadique bilatérale ou l'association d'un testicule dysgénétique à une agénésie gonadique ou à une gonade indifférenciée.

Les dysgénésies gonadiques sont dîtes "pures" lorsqu'elles ne s'accompagnent pas des malformations et des dysmorphies du syndrome de TURNER ou de KLINEFELTER (les formes ambiguës de ces syndromes sont exceptionnelles).

On écarte ainsi du groupe des pseudohermaphrodismes masculins (avec lesquels elles sont souvent décrites) toutes les ambiguïtés sexuelles dans lesquelles existent un ou deux testicules dysgénétiques.

+ <u>sur le plan anatomique</u>, l'ambiguïté génitale est plus ou moins marquée. Les deux gonades sont intra-abdominales (parfois asymétrie avec une gonade inguino-scrotale).

L'appareil génital interne (vu à la laparotomie exploratrice) montre, dans la majorité des cas, un utérus et une trompe bien développés (développement complet des structures mullériennes)

à côté de la gonade rudimentaire ou de l'agénésie gonadique (restes des canaux de WOLFF).Le plus souvent, le phénotype et l'appareil génital externes sont féminins avec une hypertrophie clitoridienne.

Ces cas représentent une forme incomplète d'hermaphrodisme vrai dont ils se distinguent par l'absence de cellules germinales d'un côté.

+ sur le plan étiopathogénique, le frottis buccal montre l'absence de corps de BARR et le caryotype montre les anomalies fréquentes des gonosomes : le plus souvent, on observe une mosaïque avec deux lignées de cellules, l'une 45 XO et l'autre 46 XY. Parfois, l'aberration est plus complexe. Rarement, on retrouve une formule normale XY.

c - les hermaphrodismes vrais :

+ ce type d'état intersexuel est exceptionnel. Il se caractérise par la présence simultanée de tissus testiculaire et ovarien, un développement génital ambigu (et variable), un sexe chromatinien et un caryotype variables, le plus souvent féminins (chromatine nucléaire présente, formule chromosomique 44 A + XX).

Les tissus ovarien et testiculaire peuvent être associés dans un ovotestis (gonade contenant à la fois les deux tissus) uni ou bilatéral, ou séparés de part et d'autre de la ligne médiane (un ovaire d'un côté et un testicule de l'autre, ou un ovaire et deux testicules, ou deux ovaires et deux testicules).

+ sur le plan clinique, l'ambiguïté des organes génitaux externes est d'intensité variable (on trouve toutes les formes de transition entre l'aspect féminin intégral et le type masculin, avec une majorité de cas ambigus).

A la laparotomie exploratrice, on met en évidence les gonades et leur structure histologique : si l'ovaire est invariablement en position normale, testicule ou ovotestis sont localisés dans l'abdomen, les canaux inguinaux ou les plis labioscrotaux. Le tissu testiculaire contient des cellules de LEYDIG et des tubules séminifères bordés par des cellules de SERTOLI. La spermatogénèse rarement rencontrée disparaît toujours à la puberté. Le tissu ovarien est normal, bien différencié, avec follicules d'âge varié, sécrétant dans près des deux tiers des cas, tandis que l'ovulation est vérifiée pour un quart des sujets.

La plupart de ces sujets sont élevés comme des garçons, car ils ont un pénis, mais la prépondérance fonctionnelle de l'ovaire sur le testicule se manifeste au moment de la puberté par le développement des seins dans 75 à 80 % des cas et des hémorragies cycliques dans 50 % des cas. Cela constitue alors souvent une surprise chez ces enfants considérés jusque là comme des garçons.

+ sur le plan étiopathogénique, la plupart des cas sont sporadiques mais on connaît quelques incidences familiales.

La majorité (60 %) des hermaphrodismes vrais ont un caryotype féminin normal (44 A + XX). Dans 20 % des cas, on retrouve une aberration chromosomique, souvent une mosaïque qui peut être méconnue, par exemple lorsqu'il manque un bras de l'Y. Dans 20 % des cas enfin, on retrouve une formule chromosomique avec XY.

Les mécanismes du développement d'un ovotestis comme celui du développement simultané de deux gonades de sexe différent chez le même individu restent encore actuellement mal expliqués.

d - les pseudo-hermaphrodismes masculins :

Ils se définissent par l'ambiguïté des organes génitaux externes et éventuellement internes (pouvant aller jusqu'à la féminisation complète) chez un sujet porteur de gonades exclusivement testiculaires.

Les causes sont variées et très schématiquement, on décrit (en dehors des dysgénésies gonadiques ambiguës dont on a déjà parlé) :

+ défaut de synthèse de la testostérone : le bloc enzymatique peut siéger à tous les niveaux de la chaîne de synthèse allant du cholestérol à la testostérone. Il est donc souvent à la fois surrénalien et testiculaire. Quel que soit le niveau du bloc : le caryotype est XY, il n'existe pas de dérivés mullériens, l'ambiguïté sexuelle est de degré variable.

On décrit :

- le déficit en Desmolase (syndrome de PRADER) ;

- le déficit en 3 β hydroxystéroïdedeshydrogénase (Syndrome de BONGIOVANNI) ;

- le déficit en 17α hydroxylase (Syndrome de BIGLIERI) ;

- le déficit en 17,20 desmolase ;

- le déficit en 17 β hydroxystéroïdedeshydrogénase

+ insensibilité périphérique aux androgènes :

Il existe plusieurs degrés entrant dans ce cadre :

- la forme complète, autrefois appelée syndrome de féminisation testiculaire, avec sur le plan clinique, phénotype tota-

lement féminin avec vagin borgne, puberté avec développement des seins, aménorrhée primaire, absence totale de pilosité (quelques fois développement de quelques poils pubiens immatures), testicules inguinaux ; sur le plan paraclinique : testostérone très élevée (mais inefficace), LH élevée, FSH normale, ostrogènes élevés (d'origine à la fois testiculaire et par conversion périphérique de la testostérone). La coelioscopie révèle les testicules intra-abdominaux , l'absence de dérivés mullériens et de reliquats wolffiens. L'histologie met en évidence des testicules normaux avec hyperplasie leydigienne et absence de spermatogénèse ; sur le plan pathogénique : il semble s'agir d'une absence plus ou moins complète d'activité réceptrice pour les androgènes au niveau du cytoplasme de leurs cellules cibles. C'est une maladie héréditaire récessive, liée au chromosome X.

- les formes incomplètes :

. pseudohermaphrodisme masculin incomplet de type I (décrit par J.D WILSON aux Etats Unis). Cliniquement, ambiguïté sexuelle de degré variable, gynécomastie à la puberté. Les examens complémentaires mettent en évidence une élévation de la testostérone, des oestrogènes et de la LH. Au niveau pathogénique, il s'agit d'un déficit partiel du récepteur cytosolique aux androgènes, trouble génétique récessif lié à l'X.

. pseudohermaphrodisme masculin de type II (IMPERATO - MAC GINLEY) :

Cette dénomination déjà ancienne est une entité actuellement recensée sous le nom de déficience en 5α réductase (le défaut primaire spécifique ayant été identifié).

La clinique met en évidence une ambiguïté sexuelle ne portant que sur le sinus urogénital (souvent déclaré fille à la naissance), une puberté sur un mode masculin en ce qui concerne la voix, la musculature, la libido et l'absence de seins ; enfin, absence de prostate et de pilosité faciale.

Les examens complémentaires révèlent : $\Delta 4$ androstènédione et testostérone normales, LH et FSH normales, 5α dihydrotestostérone subnormale (l'activité 5α réductase cutanée du sinus urogénital absente étant compensée par la persistance d'une 5α réduction hépatique). A la coelioscopie, il n'y a pas de dérivés mullériens et les dérivés wolffiens sont normalement développés.

Sur le plan pathogénique, il s'agit donc d'un déficit en 5α réductase, trouble génétique à transmission récessive autosomique.

+ <u>le déficit isolé en facteur antimullérien</u> :

Affection rare, elle n'entraine pas d'ambiguïté sexuelle externe car l'anomalie n'atteint que le principe antimullérien non stéroïdien. Il en résulte la persistance d'organes génitaux internes féminins coexistant avec des organes génitaux internes et externes masculins normaux.

C'est une anomalie héréditaire, récessive autosomique ou liée au sexe.

+ <u>pseudohermaphrodisme masculin faisant partie d'un syndrome génétique plurimalformatif</u> :

Il existe plusieurs syndromes malformatifs qui se présentent sous la forme d'une combinaison d'anomalies génitales et non génitales chez le mâle. Chez certains, il est possible qu'un défaut testiculaire soit une composante primaire de ce syndrome et que les malformations génitales y soient secondaires ; chez d'autres cependant, il est probable que le même mécanisme de dysmorphogénèse responsable des anomalies non génitales inhibe également la fonction testiculaire normale, de même que celle des cellules cibles causant ainsi les anomalies génitales.

e - <u>les pseudohermaphrodismes féminins</u> :

+ <u>ces affections sont toujours d'origine extragonadique</u>, c'est-à-dire que chez un foetus XX avec deux ovaires normaux, c'est l'agression par les androgènes qui va entrainer l'ambiguïté des organes génitaux externes. Ces sujets dépourvus de tissu testiculaire ne peuvent subir l'action du facteur antimullérien. Ils ont toujours des ovaires, des trompes et un utérus normaux, quelque soit le degré de virilisation des organes génitaux externes. L'ambiguïté peut être plus ou moins importante et WILKINS et PRADER en ont décrit quatre types :

TYPE I : phénotype femelle, hypertrophie clitoridienne, abouchement séparé vessie et vagin ;

TYPE II : phénotype femelle, hypertrophie clitoridienne, abouchement unique vessie et vagin dans un même vestibule ;

TYPE III : soudure des replis labioscrotaux ;

TYPE IV : phénotype mâle, clitoris très hypertrophié de type pénien, abouchement de l'urètre à sa base réalisant un hypospadias, une cryptorchidie.

+ <u>la cause de ces pseudohermaphrodismes féminins</u> est donc une hyperandrogénie durant la vie foetale alors que l'em - bryon est XX.

- cette hyperandrogénie est soit exogène : androgènes administrés à la mère, tumeur de la surrénale ou arrhénoblastome de l'ovaire chez la mère ;

soit endogène, par hyperplasie surrénale congénitale. Il s'agit alors de maladies con-

génitales à transmission récessive autosomique, se révélant cliniquement chez les homozygotes.

L'anomalie causale est un trouble de la synthèse du cortisol entrainant une élévation de l'ACTH et une hyperandrogénie. Cette anomalie apparaît vers le troisième ou quatrième mois de la vie foetale et retentit sur l'embryogénèse sexuelle. Le tableau associe déficit cortisolique, syndrome de virilisation précoce et retentissement sur la croissance.

On distingue trois types d'anomalies de la synthèse du cortisol : le type le plus fréquent est sans doute celui résultant d'un déficit en 21 β hydroxylase.

Sur le plan clinique, on note un degré variable d'ambiguïté des organes génitaux externes, une avance staturale mais un arrêt précoce de la croissance, une absence de puberté vraie en l'absence de traitement, parfois un syndrome de perte de sel dans les premiers mois de la vie avec déshydratation, diarrhée, hypotonie et collapsus, dû à l'hypersécrétion de 17 OH progestérone et à un bloc de degré variable sur la chaîne de l'aldostérone.

Les examens complémentaires révèlent une élévation de la 17 hydroxyprogestérone et du prégnantriol (dérivé urinaire) une élévation de l'ACTH plasmatique, une élévation du Δ 4 androsténédione et de la testostérone, alors que le taux de cortisol est bas (et l'aldostéronémie normale ou élevée). La coelioscopie montre des ovaires, des trompes et un utérus normaux, l'absence de dérivés wolffiens ; parfois, à l'âge adulte, on note une dystrophie ovarienne polykystique.

: le déficit en 11 β hydroxylase est beaucoup moins fréquent.

Cliniquement, on note une ambiguïté sexuelle moins accentuée, une hypertension artérielle.

Les examens complémentaires révèlent une élévation du 11 désoxycortisol, ainsi que du 11 désoxycorticostérone alors que l'aldostérone plasmatique est basse. Enfin, élévation de la testostérone et du $\Delta 4$ androsténédione.

: le déficit en 3 β hydroxystéroïde déshydrogénase entraine une accumulation de dérivés $\Delta 5$ notamment de déhydro-épiandrostérone qui n'a pas d'activité androgénique propre mais qui peut se transformer en $\Delta 4$ androsténédione et en testostérone. La conséquence en est la présence de stigmates modérés de masculinisation chez le nourrisson féminin (et un hypospadias chez le mâle).

- Pseudohermaphrodisme féminin faisant partie d'un syndrome génétique plurimalformatif.

Les anomalies spécifiques responsables de l'ambiguïté génitale chez ces sujets sont l'hypertrophie clitoridienne et l'hypoplasie des lèvres. L'étiologie de l'hypertrophie clitoridienne chez ces fillettes présentant diverses anomalies non génitales est encore actuellement mal connue.

2) Les perversions sexuelles.

Il ne s'agit pas de passer en revue toutes les perversions sexuelles (qu'on prenne le terme de perversion soit dans son sens le plus large, celui qui implique un jugement de valeur se référant à la morale individuelle ou à une morale de groupe, soit dans le sens donné par FREUD qui ne fait référence qu'à une organisation particulière du fonctionnement mental de la sexualité).

Seuls l'homosexualité et le travestisme nous intéressent dans le cadre du diagnostic différentiel du transsexualisme.

a) L'homosexualité

Le climat actuel, qui permet aux scientifiques (et parmi eux surtout les médecins) d'adopter une attitude moins moraliste en matière de sexologie, a entrainé une meilleure individualisation de l'homosexualité et du transsexualisme. Certains vont même plus loin puisqu'ils considèrent que seul le transsexualisme relève du domaine médical, alors qu'ils dénient au problème de l'homosexualité une dimension de ce type, et notamment psychiatrique (sauf pour les cas où comme chez les hétérosexuels, il existe des difficultés psychopathologiques inhérentes à la sexualité).

Le terme "homosexuel" a été utilisé dans la littérature scientifique, clinique et populaire pour décrire le comportement sexuel d'un individu, sa vie sexuelle fantasmatique, sa façon de se sentir au niveau de son identité intérieure, ainsi que son rôle social. Ces quatre paramètres peuvent se retrouver soit tous dans le même sens, soit être dissociés chez tout individu donné. Par exemple, une femme peut avoir une vie sexuelle fantasmatique orientée vers les femmes, s'adonner à des actes exclusivement homoérotiques, penser que son identité intérieure est homosexuelle, et prendre publiquement un rôle homosexuel. A l'opposé, une femme peut fantasmer exclusivement sur les femmes mais s'adonner à une activité sexuelle menant à l'orgasme avec les deux sexes. Elle peut penser que son identité intérieure est homosexuelle, mais elle peut aussi vivre publiquement (soit seule, soit en étant mariée) comme une hétérosexuelle.

Un très grand nombre de personnes éprouvent des sentiments d'attraction sexuelle à l'égard d'individus du même sexe et cela guide leur activité sexuelle. En allant plus loin, on peut affirmer qu'il n'est pas possible d'identifier deux populations différentes, l'une hétérosexuelle, l'autre homosexuelle, mais qu'il faut tenir compte d'une population bisexuelle (définie par rapport au choix de l'objet sexuel) donc homosexuelle - hétérosexuelle. C'est une notion introduite par les recherches de KINSEY, il y a une trentaine d'années.

Il y a plusieurs années, les actes et les pensées homosexuelles étaient considérés comme pathologiques par les professionnels de la santé mentale. L'homosexualité était alors classée parmi les déviations sexuelles, impliquant des perturbations de la personnalité sociale. L'opinion psychiatrique prévalente d'alors suggérait un rapport intrinsèque entre une préférence de l'objet sexuel d'un individu et sa structure consciente. Par la suite, l'homosexualité ne fut plus rangée dans la catégorie des sociopathies, mais était encore considérée comme un désordre mental. Enfin, récemment, l'homosexualité n'est plus considérée comme un désordre mental en soi, car tous les désordres mentaux doivent être nécessairement associés soit à une détresse subjective, soit à des conséquences humaines ou sociales catastrophiques. Il est loin d'être évident que soit la présence de pensées homosexuelles chez quelqu'un, soit une histoire d'activité érotique avec une autre personne du même sexe doit inévitablement conduire à la détresse ou à une catastrophe humaine ou sociale. De plus, est-il évident de soutenir le fait qu'il y a nécessairement un rapport entre des pensées ou des actes homosexuels et une psychopathologie quelle qu'elle soit ?

L'expérience clinique apporte la confirmation qu'il y a des personnes chez qui des tendances homosexuelles sont, en fait, dûes à un désordre psychique. La détresse morale peut exister en raison de l'incompatibilité entre ce type de tendances et une représentation hétérosexuelle de soi-même. De tels patients

pourraient bénéficier d'une prise en charge psychothérapique, d'une psychanalyse ou d'une thérapie comportementale. Le pronostic pour un changement de l'objet sexuel est réservé en général. Un Moi fort, un passé d'expériences hétérosexuelles, et une forte motivation pour ce changement sont des signes de bon pronostic. Les variations individuelles sont grandes et chaque patient doit être étudié individuellement. Par ailleurs, certaines personnes avec des pensées homosexuelles peuvent être incapables de surmonter les difficultés à trouver un statut social relationnel satisfaisant. Ces patients peuvent être pris en charge soit individuellement, soit en groupe. Les gens de cette catégorie sont actuellement étiquetés comme atteints d'un "désordre d'orientation sexuelle".

L'homosexualité ne relève donc pas d'une seule maladie mentale. Les facteurs du comportement sexuel aussi bien que l'adaptation au milieu social des individus dont la préférence sexuelle se fait pour des personnes de leur sexe, sont donc très variés.

De nombreux psychanalystes ont proposé des théories psychodynamiques à propos de l'homosexualité. Selon eux, l'évolution vers l'homosexualité plutôt que vers la préférence d'un objet hétérosexuel est le résultat de craintes irrationnelles d'un danger imaginaire, présentes avant l'âge de six ans, qui continuent à motiver inconsciemment leur comportement adulte. Ces théories sont fondées sur un travail thérapeutique avec des patients pris en charge individuellement ou en groupe, plutôt que sur des individus à orientation homosexuelle avec bonne intégration sociale, et sans problème psychoaffectif. Les théories psychanalytiques sur l'étiologie de l'homosexualité peuvent s'appliquer seulement pour un sous-groupe déviant et ne peuvent pas être une référence absolue expliquant le développement des pensées et des actes homosexuels.

Parce que toutes ces données récentes n'étaient pas prises en considération, les études sur le milieu familial doivent être interprétées avec prudence au regard de l'éclaircissement étiologique actuel. Différents types de difficultés avec les parents du même sexe sont plus souvent retrouvées chez des hommes et des femmes avec orientation homosexuelle significative que chez des individus à orientation hétérosexuelle. Il n'est pas facile cependant de savoir jusqu'à quel point de tels problèmes relationnels (souvent présumés conduire à des identifications inadéquates) sont causes ou au contraire conséquences. En effet, l'orientation homosexuelle prise par un enfant peut dans certains cas provoquer l'apparition d'une distance affective du parent du même sexe. Par ailleurs, un facteur caractériel qui prédispose un petit enfant à refuser avec véhémence tout jeu mouvementé peut aussi entrainer l'apparition d'une distance psycho-affective entre lui-même et son père.

Des histoires d'exclusion de groupe d'enfants du même sexe pendant la période de latence sont plus habituelles chez les garçons à orientation homosexuelle prédominante que chez les garçons à orientation hétérosexuelle prédominante. De telles difficultés prépubertaires dans des groupes d'enfant du même sexe sont souvent en rapport avec une timidité maladive et une maladresse physique manifestées par beaucoup, mais pas par tous ces jeunes garçons. Associé à ce type de difficultés de groupe, l'aspect extérieur peut conduire à un concept de soi-même dans lequel la masculinité inadéquate est reconnue par soi-même et aussi par les autres. On a beaucoup moins de notions sur les relations précoces des femmes à orientation homosexuelle significative qu'à propos des individus de sexe masculin. Le fait d'avoir des allures de garçon est reconnu comme étant habituel chez de telles filles, surtout si ces allures masculines persistent dans l'adolescence. Cependant, la grande majorité des "garçons manqués" ne deviennent pas des adultes homosexuelles.

Malgré un intérêt périodique, iln'y a pas d'étude concluant que des facteurs hormonaux jouent un rôle important dans l'orientation sexuelle humaine. Il n'a pas été démontré de façon formelle que les femmes ayant une préférence prédominante pour un objet homosexuel soient hormonalement différentes de celles ayant une préférence sexuelle prédominante pour les hommes. De récentes études des différences hormonales entre les hommes à orientation sexuelle différente se sont avérées positives dans certains cas et négatives dans d'autres. Au total, les résultats de telles investigations sont loin d'être concluants pour le moment.

Les recherches génétiques continuent d'être d'un certain intérêt. Des recherches effectuées chez des jumeaux vrais ont montré une concordance dans le choix de l'objet sexuel dans 100 % des cas. Cependant, ces données n'ont pas été confirmées.

En première approximation, puisqu'il nous faut faire la différence entre l'homosexualité et le transsexualisme, on peut distinguer ces deux entités en précisant les faits suivants :

- alors que l'homosexuel n'a aucun doute sur son sexe, qu'il n'éprouve pas le désir d'en changer (est au contraire horrifié à l'idée de subir des mutilations sexuelles), et qu'il recherche la compagnie des personnes du même sexe en tirant du plaisir de la présence de ses organes génitaux (par exemple, une femme qui se sait femme et n'a pas de doute sur son identité sexuelle féminine ayant des pensées homosexuelles et des rapports sexuels avec une autre femme, elle même bien sûre de son identité sexuelle) ;

- le transsexuel lui, bien que recherchant apparemment le même type de rapports, ne se dit absolument pas homosexuel puisque lui-même se considère comme une personne de sexe opposé malgré les apparences. (Ainsi, une femme se prétendant homme mal-

gré une conformation anatomique indéniablement féminine, recherchera-t-elle la compagnie d'autres femmes, mais ses rapports ne seront pas homosexuels selon "elle-lui" car "elle est un homme" et donc il est normal (hétérosexuel) qu'un homme ait des rapports sexuels avec une femme. "Elle- il " aurait été homosexuel (le) si au contraire, "elle- il " était attiré (e) érotiquement par un membre du sexe masculin).

Donc, schématiquement, en prenant la femme pour exemple, on peut distinguer :

+ <u>l'homosexuelle</u> :

<u>Femme anatomique</u> Identité sexuelle féminine	← ayant des rapports avec →	<u>Femme anatomique</u> Identité sexuelle féminine

+ <u>la transsexuelle</u> :

<u>Femme anatomique</u> Identité sexuelle masculine	← ayant des rapports avec →	<u>Femme anatomique</u> Identité sexuelle féminine

+ <u>alors que l'homosexualité de la transsexuelle peut se schématiser ainsi</u> :

<u>Femme anatomique</u> Identité sexuelle masculine	← ayant des rapports avec →	<u>Homme anatomique</u> Identité sexuelle masculine

Au niveau inconscient, toujours en prenant l'exemple de la femme, on peut retenir que l'équation suivante :

"J'aime une femme
mais si j'aime une femme
alors je dois être un homme"

est refoulée chez l'homosexuelle,
et réalisée (ou tentée d'être réalisée) chez la transsexuelle.

Ainsi, tous les degrés peuvent se trouver entre l'homosexuelle et la transsexuelle. Soulignons en particulier ce que nous pouvons appeler la pseudo-transsexuelle (dont nous aurons un exemple dans la deuxième partie de ce travail : observation personnelle n° 4) qui serait une femme jouant le rôle d'homme alors qu'elle se sait femme sans équivoque.

Schématiquement :

Femme anatomique
Identité sexuelle
fantasmée masculine
réelle féminine

ayant des rapports
avec

Femme anatomique
Identité sexuelle féminine

et l'équation devient :

"J'aime une femme
mais si j'aime une femme
il me faut jouer le rôle d'homme"

(et logiquement réaliser ce fait).

b) Le travestisme (ou travestissement)

Le terme travestisme (ou transvestisme) a été créé en 1910 par un "sexologue" allemand, M. HIRSCHFELD, qui en avait réduit sa signification au fait pour une personne d'un sexe donné, de porter les vêtements du sexe opposé, cela étant dû à un besoin ou à une impulsion interne. (Le travestissement à type de déguisement ou de divertissement était exclu).

Il existe une grande variation d'idées dans la littérature à propos de la relation entre le travestisme et le transsexualisme. Alors que BENJAMIN (1966) les place dans un continuum, STOLLER (1971) les considère comme deux entités cliniques absolument séparées. Certains (comme ALLEN 1969 - SIM 1974) croient que ces deux conditions sont des équivalents homosexuels. Enfin, d'autres (comme BANCROFT 1972) associent toujours travestisme et fétichisme.

La première constatation à noter est qu'il n'y a pratiquement pas de femmes travesties ; ce phénomène peut s'expliquer par le fait que dans notre culture, les femmes ont beaucoup plus de facilités à s'habiller comme des hommes que les hommes comme des femmes. Peut-être aussi parce que les femmes ne sont pratiquement pas fétichistes (si l'on retient la composante fétichiste du travestisme). Toujours est-il que la proportion de travestis femmes est de un pour mille travestis hommes. C'est donc une perversion essentiellement masculine.

Le désir éprouvé par certains sujets de s'habiller avec des vêtements du sexe opposé, l'intérêt pour les vêtements qui appartiennent au sexe opposé et aux adultes de l'un ou l'autre sexe sont des traits habituels de l'enfance, au cours de laquelle les différences de sexe sont aisément transgressées dans ce jeu d'imagination, spécialement chez les filles, et les vêtements choi-

sis pour se déguiser symbolisent un état aussi souvent qu'ils caractérisent un sexe. Le travestissement pose un problème chez l'enfant lorsque le changement de vêtement devient un besoin, une habitude, ou que l'enfant refuse de porter les vêtements propresà son sexe. On peut alors dire que le travestissement survient à la suite d'expériences conditionnées accidentelles ou intentionnelles survenant tôt dans l'enfance.

Le travesti est animé d'un besoin profond de se sentir femme, est poussé à se travestir, à jouer un rôle féminin, mais a des relations hétérosexuelles et ne doute jamais de son sexe véritable.

La génèse du transvestisme est de nature toute différente de celle du transsexualisme et de perversions comme l'homosexualité et le fétichisme. L'identité sexuelle a été autorisée à se constituer sans ambiguïté, et les facteurs relationnels nocifs, quoique précoces, sont survenus secondairement à son établissement. Le transvesti est un adulte biologiquement normal qui ne doute pas de son sexe, qui est poussé à se travestir dans le sexe opposé, qui se livre à sa perversion par intermittence, tantôt de façon épisodique, tantôt durant de longues périodes. Son impulsion peut être d'une telle intensité et d'une telle ténacité qu'il peut aller jusqu'à demander une autorisation légale de se travestir et jusqu'à simuler à s'y méprendre le comportement extérieur du sexe opposé. Cependant, il s'agit toujours d'un jeu au cours duquel il emprunte le rôle du sexe opposé. Il ne doute jamais de son sexe et il garde la conviction d'être un homme. Le travestissement du travesti a toujours une forte composante érotique, mais l'exercice de la sexualité, les rêves, les fantasmes sont toujours hétérosexuels. Ses organes sexuels sont source de plaisir. Il tient à rester homme et à faire savoir qu'il est homme. Absolument assuré de son sexe, il envisagerait avec horreur d'être émasculé. Ses relations sont hétérosexuelles.

Ses tendances féminines existent dès l'enfance. L'action nocive de la mère apparaît tôt mais non pas de façon immédiate comme dans le cas du transsexualisme. Elle survient quand le petit garçon commence à manifester sa masculinité (vers 2 - 3 ans, au moment où il a déjà établi son identité sexuelle). Il y a complicité du père (comme pour les transsexuels), du type absence ou présence inexistante avec absence d'opposition à l'action de la mère. Ces mères en question ont de fortes composantes homosexuelles (importance du concept de la femme phallique fantasmée ou de la "femme au pénis"). Dans le même ordre d'idées, les travestis femmes jouent un rôle masculin et tentent de s'identifier à leur père, en créant l'illusion qu'elles ont en fait un pénis.

Il y a perturbation dans le sentiment de l'identité : le transvesti s'oppose au transsexuel dont l'identification contraire est beaucoup plus profonde. Le transsexuel ne sent pas son identité de genre menacée car il se sent déjà du sexe opposé.

Le travestissement sert à jouer l'illusion. Mais l'identité sexuelle est intacte. Les éléments d'identification contraire se constituent en surimpression sur une empreinte initiale du sexe biologique réél.

Les transvestis vont habituellement consulter les thérapeutes soit à la demande de leurs femmes, de leurs parents ou d'autres proches de lafamille, qui ont découvert leur activité perverse et insistent pour qu'ils se fassent soigner, soit parce qu'ils pensent eux-mêmes que quelque chose ne va pas en eux et qui a besoin d'être corrigé. Ces deux raisons se retrouvent parfois simultanément.

La différence essentielle entre transvestisme et transsexualisme reste donc que dans la première catégorie, non seulement il n'y a pas désir de changement de sexe, mais aussi que

l'identité sexuelle est conforme au sexe anatomique (il n'y a pas sentiment d'appartenir au sexe opposé). Le transvesti obtient un soulagement sexuel ou psychique (voire les deux à la fois) en s'habillant avec des vêtements du sexe opposé.

III - DEFINITION DU TRANSSEXUALISME (FEMININ)

Le terme "transsexualisme" a été introduit dans la littérature médicale par CAULDWELL (en 1947) et il a prévalu sur d'autres termes employés pour la même affection tels que "travestissement essentiel" ou "hermaphrodisme psychique" (HAMBURGER), "transexisme" (VAN EMDE BOAS), "controsexisme" (MONEY), "éonisme", "psychopathia transsexualis", "inversion du rôle sexuel". HARRY BENJAMIN (1953) fait figure de pionnier dans l'étude de cette entité clinique.

Cette curieuse situation peut être définie ainsi : "sentiment éprouvé par un sujet de sexe déterminé d'appartenir au sexe opposé et désir intense et souvent obsédant de changer de conformation sexuelle pour vivre sous une apparence conforme à l'image qu'il se fait de lui-même".

Cette définition demande quelques précisions et remarques :

- <u>le sujet a un sexe déterminé</u> c'est-à-dire qu'une transsexuelle femme est normale sur le plan anatomique, physiologique et hormonal ; autrement dit, sa conformation physique est femelle sans aucune ambiguïté. Elle considère qu'elle est une erreur de la nature qui a doté son corps des attributs sexuels propres au sexe opposé ;

- <u>ce sentiment invincible d'appartenir à l'autre sexe peut s'expliquer par l'intermédiaire de la notion d'identité sexuelle</u> (identité de genre ou "gender identity") : une femme normale sur le plan somatique peut avoir une identité de genre masculine.

- <u>il y a désir intense et obsédant de changer de conformation sexuelle</u>, c'est-à-dire désir irrévocable d'acquérir l'apparence de l'autre sexe pour ressembler physiquement à celui-ci par l'intermédiaire des attitudes comportementale et vestimentaire empruntées à ce sexe et surtout la recherche de toutes les formes de thérapeutiques possibles allant dans le sens de cette conviction, à savoir l'hormonothérapie et la chirurgie.

- enfin, <u>le sujet transsexuel désire absolument vivre sous une apparence conforme à l'image qu'il se fait de lui-même</u>, c'est-à-dire qu'il a le désir d'être accepté par la société dans laquelle il vit comme appartenant au sexe opposé (demande de reconnaissance légale de la correction éventuelle).

D E U X I E M E   P A R T I E

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

O B S E R V A T I O N S

Pour illustrer cette étude sur le transsexualisme féminin, nous avons choisi de relater un certain nombre d'observations que nous pourrions classer ainsi :

1) Les observations personnelles, au nombre de quatre :

- N° 1 Denise S.
- N° 2 Michèle V.

qu'on pourrait qualifier de transsexuelles véritables.

- N° 3 Lydia B.

enfant actuellement âgée de douze ans, suivie depuis l'âge de 8 ans pour des troubles du comportement avec problèmes de blocage, et chez qui on a vite mis en évidence des troubles de l'identité sexuelle.

- N° 4 Claudine A.

qui se présente plus comme une pseudo-transsexuelle (un des diagnostics différentiels que nous avons déjà évoqué dans la première partie de ce travail).

2) Les observations de la littérature : parmi les quelques cas relatés par les auteurs que nous avons eu à consulter, il nous a semblé intéressant de retenir et d'exposer deux observations :

- N° 5 Sarolta SANDOR

il s'agit de l'observation 292 du Docteur R. Von KRAFFT-EBING, dans son ouvrage monumental sur les perversions sexuelles, intitulé "Psychopathia Sexualis". Ce cas se voit étiqueté "gynandrie", degré le plus grave de l'homosexualité

féminine : femmes qui ont bien les organes génitaux de la femme mais qui sont absolument viriles dans leurs sensations, leur façon de penser, leurs actes et leur aspect extérieur.

Cette description a un intérêt historique.

- N° 6 Daniel Van OOSTERWYCK

elle est tirée d'un ouvrage autobiographique, qui raconte l'histoire de la transformation sexuelle d'une jeune femme transsexuelle en une personne d'apparence masculine.

Ce livre, bien documenté, est intitulé "Elle-Il, Danielle, sexe masculin".

I - OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation 1 - Denise S.

1° - il s'agit d'une jeune femme née en 1948, venue consulter la première fois en 1967, "pour une question qui va paraître ridicule ... combien de chances sur un million de devenir un jour un homme ?" Elle était alors âgée de 19 ans.

a) Sur le plan de ses antécédents, ses parents sont en bonne santé; sa mère (institutrice) était alors âgée de 45 ans ; son père (viticulteur et artisan) avait 57 ans. Elle avait un frère âgé de 15 ans, en bonne santé.

Au niveau personnel, elle était née à terme (ne croit pas qu'il y ait eu des doutes sur son sexe à la naissance). Elle a eu les maladies infectieuses banales.

Elle avait eu une scolarité normale jusqu'en classe de troisième, puis était entrée à l'Ecole Normale et elle était alors en faculté de Sciences (voulait être professeur de mathématiques).

b) Problèmes sur son sexe réel : "il y en a toujours eu."

Elle se rappelle qu'à l'âge de quatre ou cinq ans, elle n'a jamais voulu d'un vélo de fille, puis se sont posés de nombreux problèmes. "C'est toujours la guerre, évidemment".

c) De ses règles, elle parle de façon excédée. Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans. "Ça m'a toujours paru monstrueux, c'est la chose que je supporte le plus difficilement. J'ai l'impression de ne pas être dans ma peau."

d) Attirance pour le sexe féminin :

"Jusqu'à présent, pas d'attirance spéciale. Et pas de rapports".

e) Sur le plan psychologique :

"Je suis plutôt énervée. Ça me tracasse depuis l'âge de 12 - 13 ans et ça n'a jamais cessé. Je crois qu'actuellement j'aurais autre chose à penser qu'à ça."

f) A propos des raisons de son orientation psycho-sexuelle :

"Des raisons, il y en a toujours. C'est comme si c'était instinctif ... disons que mon caractère se prêterait beaucoup mieux à ce que je sois un homme."

g) Présentation générale :

elle est habillée en pantalon avec un blouson de daim et une chemise de femme. Ses cheveux sont courts. Elle présente des lésions (grattées) d'acné au menton. Sa voix est un peu grave (pas tout-à-fait masculine). Mais elle a un bassin large, une peau assez fine et elle semble avoir des seins.

h) A l'examen :

- poids de 64 Kgs pour une taille de 1 m 58 ;

- elle a une coupe de cheveux masculine, des sourcils épais ;

- elle porte un soutien-gorge ("bien obligée d'y passer, c'est pas que ça m'amuse") ; elle a des seins normaux, assez abondants ;

- organes génitaux : vulve normale, clitoris normal. Est vierge. Pilosité sur la ligne ombilicopubienne sur deux doigts de chaque côté ; aux touchers, l'utérus paraît de dimensions normales ;

- le reste de l'examen somatique est normal.

On décide alors de l'adresser à un psychothérapeute (et de faire des examens complémentaires, 17 CS et chromatine sexuelle), malgré l'idée fixe de la patiente : "je préfère vivre comme ça plutôt que de me faire revenir sur ce que je pense. Je ne peux tout de même pas vouloir ce que je ne veux pas. Je n'avais jamais vu de médecin parce que je pensais que ça ne valait pas la peine."

Elle paraît profondément sincère et affligée de ne pas être un homme.

2° - Un mois plus tard, nouvelle consultation où elle revient parler de la psychothérapie pour l'éliminer : "Au départ, il faudrait que je veuille ce que je ne veux pas, et puis si ça marchait, ce ne pourrait être que temporaire. Le conformisme des gens a beaucoup diminué ; pour les gens qui me connaissent, ça n'a pas d'importance ; les autres, il faudrait qu'il n'y ait pas d'ambiguïté pour eux. J'espère qu'un jour, un problème qui n'a pas de solution en trouvera peut-être une."

Elle exprime alors ce qu'elle veut : un traitement qui fasse disparaître sa poitrine, ce qui lui créera moins de problèmes dans le milieu où elle vit.

Un bilan hormonal est alors pratiqué, qui donne les résultats suivants :

Volume urinaire	1300 cc/24 h
Creatinine	1,57 g/24 h
Pregnandiol	0,5 mg/24 h
Phénolstéroïdes	10 µg/24 h
17 cétostéroïdes	8 mg/24 h
17 hydroxycorticoïdes	4 mg/24 h

FSH positif à 5 US / 24 h
négatif à 40 US / 24 h

Malgré ses réticences, on l'adresse à un psychothérapeute.

3° - On perdra de vue la patiente jusqu'en 1972, date à laquelle, elle revient consulter.

Elle est alors méconnaissable, au point qu'on hésite à l'appeler "Madame" ou "Mademoiselle" (ou "Monsieur" !). "En fait, je m'appelle Mademoiselle S., professeur de mathématiques." Sa taille est petite, sa voix très grave.

"Ma situation n'a guère évolué ... ça pose certains problèmes ... mes collègues savent que je ne suis pas un homme mais été comme hiver, je suis obligée de me serrer la poitrine. Je suis en contact avec des gens. Je prends deux Glosso-stérandryl 25* depuis des années. J'ai vu le psychothérapeute deux fois : il ne peut pas grand chose pour moi. Mes collègues m'appellent Claude. Il n'y a guère plus que mes parents qui ne peuvent se résoudre à cette situation. Mais quand ils ont vu que ça ne pouvait pas s'arranger ...".

<u>A l'examen</u> : son poids est de 62 Kgs pour une taille de 1m59 ;

sa peau est très grasse ;

la coupe de cheveux est masculine ;

le visage est typiquement masculin avec une peau grise (en raison d'une barbe épaisse) ;

la pilosité thoracique et abdominale est importante ;

les seins sont féminins, un peu hypotoniques ;

au niveau du Mont de Vénus, pilosité épaisse et graisse importante. Hypertrophie clitoridienne ;

au toucher, utérus moyen ;

pas de règles depuis 1968.

On envisage alors sérieusement une intervention chirurgicale au niveau des seins.

4° - Mais cela ne se fera pas en 1972. Un nouvel entretien a lieu en 1973, reprenant la question là où elle était restée. "Elle" en a alors parlé à ses parents (le courrier adressé sur le plan administratif, la désignant comme Mademoiselle, lui arrive chez ses parents).

Sa voix est alors très grave ; "elle" a un aspect très mâle (costume, cravate, coupe de cheveux). "Elle" est en excellente forme physique. "Elle" prend toujours deux Glosso-stérandryl 25* (ce qui explique son aménorrhée).

"Elle" travaille toujours dans le même C.E.G comme professeur de mathématiques. "Elle" a des propos pleins de bon sens sur le problème. "Elle" n'imagine pas un seul instant la sexualité avec un homme.

On lui précise les points suivants sur la situation :

- la déféminisation sera limitée à l'ablation des seins ;
- le peu d'enthousiasme de la part du chirurgien consulté pour réaliser cette intervention ;
- l'état de la législation en cours ;
- la nécessité absolue de consulter un psychiatre et médecin légiste.

Un détail intéressant à noter dans la correspondance échangée entre le médecin consultant et "la patiente". A une lettre banale proposant un rendez-vous de consultation :

Mademoiselle,

Je vous écris ...
Je vous prie de croire, Mademoiselle ...

"Elle" répond ainsi :

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre.
... Je confirme à ce jour le rendez-vous ...

Mais voici la véritable raison pour laquelle je vous écris : je vous serais reconnaissant, pour le cas où vous auriez à me contacter (par lettre ou par téléphone) d'éviter l'appellation "Mademoiselle". Je pense que vous en comprendrez les raisons.

En vous remerciant par avance de votre compréhension ...

Nous respecterons, pour la suite de l'exposé, sa volonté en "la" désignant au masculin.

5° - Comme prévu, "il" se rend alors à la consultation psychiatrique et médicolégale, où on a retenu son excellent équilibre psychologique, qui s'est maintenu malgré les multiples difficultés d'ordre social qu'"il" a rencontré.

Sur son évolution psycho-affective, on a noté qu'en effet, "il" avait présenté dès sa plus tendre enfance, des goûts et des aspirations de caractère masculin. Les jeux d'enfants étaient ceux des garçons, l'habillement se fait aussitôt que possible avec des vêtements masculins. Quant aux désirs sexuels, ils sont uniquement orientés vers le sexe féminin. Il n'y a jamais eu aucune manifestation ni même aucune tendance d'une sexualité orientée vers l'homme. On note même une certaine répulsion à la seule évocation d'une telle possibilité.

Quant à l'intervention chirurgicale demandée par l'intéressé, elle correspond à un désir beaucoup plus profond que celui qui pourrait provenir de contingences sociales. Au terme de l'entretien, "il" a bien pris conscience que finalement, cette intervention ne changerait pas grand chose à sa vie puisqu'elle lui permettrait seulement quelques activités sportives qui lui sont jusqu'à présent refusées. (En pratique, "il" pourrait essentiellement se rendre à la piscine avec ses camarades de travail).

Mais en réalité, ce désir de modification corporelle répond à des motivations psychologiques beaucoup plus importantes.

Il s'agit d'un besoin d'une totale transformation corporelle, d'une espèce de libération par la suppression d'organes qui lui sont véritablement étrangers et dont "elle" ne peut plus supporter l'existence. C'est ainsi que le fait de se comprimer en permanence la poitrine a la signification d'une véritable négation d'organes.

Sur le plan strictement psychologique, il semblait alors qu'il était possible de répondre favorablement à la demande de l'intéressé, compte-tenu de la transformation extraordinaire obtenue par le traitement hormonal qui a abouti à un état androïde très marqué sur le plan morphologique, compte-tenu également de l'équilibre psychologique. Mais se pose alors tout le problème juridique et déontologique. La déontologie médicale interdisant toute mutilation qui ne serait pas réellement dans un but thérapeutique. Par ailleurs, on peut se demander comment seraient appréciés les problèmes de responsabilité médicale au cas où surviendrait un accident chirurgical ou anesthésique.

Les souhaits émis au terme de cette consultation sont les suivants :

a) qu'un bilan endocrinien soit réalisé, dans la mesure où le traitement suivi depuis plusieurs années ne rend pas ce bilan illusoire, à la recherche d'une possible ambivalence sur le plan hormonal. A la limite, on pourrait envisager ensuite un changement légal de sexe dans l'état civil ;

b) qu'une entrevue soit organisée entre "Monsieur S.", le médecin consultant, le psychiatre médecin légiste et enfin le chirurgien qui accepterait d'intervenir. Cet entretien permettrait de préciser les résultats escomptés de l'opération ainsi que les risques opératoires et anesthésiques. A cette confrontation devraient être convoqués les parents (en raison de la dépendance étroite du patient face à l'opinion de ses parents).

6° - On revoit le patient en 1974.

Il est toujours dans le même C.E.G, sans problème sur le plan administratif, ni au niveau des élèves, des familles ou des collègues.

Il est de plus en plus masculinisé (prenant toujours deux Glosso-stérandryl 25* par jour). Pas de menstruation.

A l'examen physique : poids 57 Kgs pour une taille de 1m59 ;

seins, pilosité et organes génitaux externes absolument identiques.

Deux problèmes se posent avec une acuité de plus en plus grande (conditions nécessaires pour avoir une vie convenable) :

- d'une part les seins
- d'autre part l'identité : problème du prénom pour l'administration, puur une fiche d'hôtel, pour les contrôles à l'occasion d'un voyage ...

Monsieur S. souhaitant une situation très officielle donc un changement de son sexe d'état civil.

7° - Un autre spécialiste est alors consulté.

Ses conclusions coïncident avec ce qui avait été décidé par tous les médecins qui l'avaient vu : l'intervention paraissant justifiée compte-tenu de l'extraordinaire transformation morphologique déjà réalisée par cinq ans ininterrompus d'hormone mâle que le sujet s'était administré de lui-même.

Pour ce qui est du problème d'Etat Civil, on émet une idée originale : arriver à un état civil spécial, permettant la masculinisation des cartes d'identité, des cartes de travail, des cartes de Sécurité Sociale, mais ne donnant pas tous les droits légaux en particulier, pas le droit au mariage. Une décision de ce type serait plus humaine et ne risquerait pas d'abuser un éventuel partenaire.

8° - <u>L'intervention est alors décidée</u>.

Le chirurgien trouvé, le patient hospitalisé pour bilan préopératoire, restait seulement le problème de la prise en charge par la Sécurité Sociale.

La réaction de celle-ci, par l'intermédiaire du médecin conseil de la région où habite le patient, ne s'est pas faîte attendre : refus catégorique en ces termes : " ... il s'agit de Denise S. qui aurait l'intention de subir une mammectomie dont le but thérapeutique est nul. Il s'agit en somme, chez cette "femme" de mettre en harmonie ses caractères secondaires avec son psychisme masculinisé volontairement. Dans ces conditions, je ne crois pas qu'il me soit possible d'accepter le remboursement de cette intervention."

9° - Devant ce refus, on conseille au patient de contester cette décision, et de <u>demander une expertise</u>. Ce qui fut fait.

La réponse du médecin-conseil est catégorique : "Je suis au regret de vous confirmer la décision précédemment prise de ne pas prendre en charge l'opération que vous envisagez, ceci essentiellement pour la raison que cette intervention n'est pas justifiée médicalement même si on peut lui trouver des raisons psychologiques etmorales satisfaisantes.

Je dois vous avertir par avance, que l'expertise que vous êtes en droit de demander sera certainement déboutée par voie administrative puisque seules sont prévues comme remboursables par le Code de la Sécurité Sociale, les interventions à but strictement thérapeutique."

Ce mur rencontré par Monsieur S. face à la Sécurité Sociale, loin de le faire renoncer à l'intervention, le pousse à agir même à ses frais : il est décidé à se faire opérer en prenant totalement en charge les frais d'intervention et d'hospitalisation.

10° - L'expertise néanmoins se fera en Mai 1975. Les conclusions sont les suivantes : " ... Deux éléments paraissent essentiels pour l'orientation de la décision. D'une part, à ce degré d'androgénisation, il est impensable de pouvoir jamais faire machine arrière. Tant l'hypertrophie clitoridienne, l'atrophie mammaire, le traitement de la pilosité, le timbre de la voix et la morphologie générale empêcheront toute possibilité de réintégrer ce sujet dans le sexe féminin. D'autre part, son comportement psychique est assez impressionnant par son calme, sa résolution et par une certaine sérénité qui s'est établie au fur et à mesure que la masculinisation s'accomplissait. Sans vouloir donner un avis spécialisé, ce sujet ne semble pas rentrer dans le cadre d'une affection psychiatrique. On peut ajouter enfin, mais il ne s'agit pas là d'un argument scientifique, que l'on est extrêmement surpris de la très grande facilité avec laquelle ce sujet s'est masculinisé alors qu'il a absorbé des doses relativement modestes d'androgènes avec lesquels on a souvent beaucoup de peine à apporter un développement pileux et une normalisation de la voix chez des sujets XY ayant subi une castration.

Tous ces éléments font que l'ablation des seins paraît un geste logique. Même si ce sujet, dans quelques années, souhaitait reprendre un comportement féminin, tous les obstacles mentionnés ci-dessus seraient beaucoup plus durs à surmonter que l'absence de glandes mammaires.

Dans la mesure où le médecin doit prendre en charge l'individu dans sa totalité et non pas se limiter à un aspect strictement somatique, on est conduit dans un cas extrême comme celui-ci à affirmer que l'indication chirurgicale est médicalement justifiée."

11° - Après toutes ces péripéties, l'intervention a lieu en Juin 1975, sans aucun problème.

Logiquement, Monsieur S. s'est alors mis à entreprendre des démarches afin de changer de prénom, auprès du Tribunal. Pour

ce faire, il demande en Février 1976 un certificat médical "mettant en évidence ma situation sur le plan sexuel et indiquant les "points de non retour" auquels j'en suis arrivé et pouvant de ce fait justifier la demande que je fais auprès du Tribunal de ... pour changer mon prénom."

Ce certificat fut fait en ces termes : "Je soussigné, certifie avoir examiné à plusieurs reprises depuis 1967 M. D.S ... née le ... et demeurant ... Très tôt, elle a eu des doutes quant à son appartenance au sexe féminin ; l'apparition d'une puberté normale n'a rien modifié à ses préoccupations ; ses règles se sont arrêtées définitivement en 1967 à la suite d'un traitement hormonal qui a entrainé une virilisation très importante.

Au cours des années suivantes, l'allure et le comportement masculins de D.S ... n'ont fait que s'affirmer. C'est dans ces conditions qu'après un certain nombre de difficultés administratives, une mammectomie bilatérale a été réalisée le 30 Juin 1975.

Compte-tenu de l'habitus actuel du sujet, il paraît logique d'accéder à son désir d'abandonner le prénom de Denise pour choisir un prénom "neutre" de façon à lui éviter les contraintes permanentes liées à l'opposition de plus en plus flagrante entre son aspect et son prénom féminin.

Certificat délivré en mains propres à la demande du sujet, gratuitement pour valoir ce que de droit."

Observation 2 - Michèle V.

Il s'agit d'une jeune femme née en 1947 à R., où résident ses parents.

Elle vient consulter pour la première fois en 1973. Elle est alors âgée de 26 ans.

1° - En ce qui concerne ses antécédents, son père est soudeur, sa mère travaille à l'INSEE. Ils sont l'un et l'autre en bonne santé. "Je suis fâché avec mes parents car pour eux, je suis anormal."

Elle a une soeur jumelle, secrétaire de direction ("mariée, sans problème ... un enfant"). Il s'agit probablement de jumelles bivitellines.

Sur le plan personnel, prématurée à la naissance, elle a eu une primo-infection tuberculeuse à sept ans. Elle a eu aussi les maladies infantiles banales.

En ce qui concerne ses études, après l'école primaire où elle obtient le certificat d'études primaires, elle suit les cours dans un lycée technique et échoue au CAP de comptable. Elle entre alors comme aide temporaire à l'Enregistrement. Elle passe avec succès le concours d'agent de constatations. Elle prépare ensuite le concours de Contrôleur des Contributions où elle sera brillamment reçue (nombre très réduit de places par rapport au nombre très important de candidats). Elle est nommée à R. au service des Contributions et s'occupe de la taxe sur les salaires. Sur une faute (qu'elle impute à sa mère), elle est contrainte de donner sa démission.

Une mésentente avec ses parents lui fit quitter leur domicile vers l'âge de 21 ans. Elle se réfugie alors à C. dans la Manche. Comme elle se refuse à donner son état civil réel féminin,

elle ne peut que travailler "au noir", pour un comptable qui ne la déclare pas. Elle prenait pension chez une vieille dame qu'elle aidait dans son ménage. Elle a manqué d'affection, dit-elle, à C. qu'elle va quitter en 1971.

Elle se rend à D. chez une cousine, âgée de 40 ans. Elle se présente comme un cousin. Cette cousine, secrétaire médicale, est divorcée, sans enfant.

Comme elle refuse toujours un état civil féminin, elle ne peut avoir un emploi régulier. Elle pose des papiers peints, fait des peintures, de la menuiserie, de la tapisserie; elle fabrique des lampadaires avec des ceps de vigne.

2° - Sur le plan somatique, l'aspect général est celui d'un jeune garçon de 20 ans. Elle est de petite taille (1m57) mais bien proportionnée (poids de 46 Kgs). Elle avait atteint sa taille actuelle à l'âge de 11 ans, et la croissance se serait brusquement arrêtée.

Ses premières règles sont apparues tardivement à 16 ans. Elles n'apparaissent seulement que tous les trois ou quatre mois, et ne durent qu'un jour.

Le bassin est large, à morphologie assez typiquement féminine. La voix aussi est féminine. Les seins sont féminins, normaux, mais ils sont déformés et aplatis par un bandage très serré qui permet au sujet de porter un complet veston très masculin sans attirer l'attention.

Elle aurait eu, à une certaine période, un système pileux sur la poitrine et l'abdomen. Le triangle pileux pubien est plutôt de type féminin à base supérieure horizontale mais non nettement délimité toutefois.

La vulve est sensiblement normale et on note une discrète hypertrophie clitoridienne (et malgré son aspect phalloïde, on ne saurait toutefois l'assimiler à un pénis atrophié).

Au toucher, on note un petit utérus alors que les annexes ne sont pas perçues.

Elle a des cheveux blonds, courts, coiffés comme ceux d'un garçon. Son visage est petit et triangulaire. Ses sourcils sont épais. Au niveau du menton, il existe un petit duvet qui semble, en partie, entretenu par des rasages répétés.

Elle a des bras et des mains de fille.

Le reste de l'examen somatique est normal.

3° - Sur le plan psychologique, elle a un bon niveau intellectuel, et elle s'exprime bien.

Elle a désiré être un garçon dès l'âge de quatre ou cinq ans. "Depuis cet âge, j'ai des jeux de garçon. Je me sentais un garçon, je n'ai jamais pu faire autre chose, je me sens mal dans ma peau autrement."

A cette période, elle avait vu des petits garçons tout nus, et elle aurait voulu un attribut viril comme le leur.

Elle prétend, sans en apporter la preuve, qu'à l'âge de 13 ans, ses parents pour la guérir de cette idée fixe, lui ont administré un traitement par hormones femelles ("pour me donner un caractère féminin") et que ce traitement a eu pour conséquence de déclencher une certaine gynécomastie et de maintenir une voix assez enfantine.

Elle a fait partie d'une équipe de handball masculine, comme garçon, vers l'âge de 16 ans. Elle a un peu pratiqué la natation mais n'aime guère ce sport (on verrait ses formes).

Elle serait plutôt attirée par les femmes, mais elle n'est pas homosexuelle et elle n'a jamais eu de rapports homo ou hétérosexuels. "Ce qui m'attire, ce ne sont pas des expériences sexuelles mais je voudrais me sentir bien. Je ne me sens pas un tempérament

masculin, et pas féminin ... je veux vivre de cette façon-là. Je suis attirée par les filles ... mais toujours plus avec mon coeur que physiquement, et dans l'état actuel, pas question comme ça."

Elle n'allait jamais au bal, au contraire de sa soeur, avec laquelle il y aurait une bonne entente (qui n'existe pas avec le beau-frère). Sa soeur se conduisait avec elle en mère de famille. "J'aurais pu être le jumeau de ma jumelle" dit-elle avec regret.

A l'école, elle ne s'amusait pas avec les filles, et elle n'a jamais joué à la poupée. Elle préférait les autos ; elle enfonçait des pointes avec un marteau, jardinait ... Sa mère l'empêchait de bricoler.

Elle fut dégoûtée de faire la communion solennelle en communiante : elle aurait voulu être vêtue en communiant. Elle reproche à sa mère de lui avoir fait prendre des hormones femelles, et elle fut désolée de voir se développer ses seins.

Elle est présentée à un psychiatre à l'âge de 17 ans. Le spécialiste lui dit : "le jour où les greffes d'organe masculin existeront, vous aurez votre chance." Elle a désiré l'intervention chirurgicale, et à cette époque, une possibilité a nourri et conforté son désir de masculinisation : elle avait entendu parler d'un certain Docteur B., à Casablanca, gynécologue et spécialiste de la chirurgie transsexuelle, qui affirmait avoir déjà transformé quelques sujets féminins en sujets masculins ("résultat décoratif mais peu fonctionnel").

Elle a cherché à se guérir de cela mais elle n'y est pas arrivée. "Je préfère mourir que de continuer à vivre comme ça."

4° - Un examen psychologique pratiqué en 1973, avec tests projectifs comme le RORSCHAH et le T.A.T, a révélé les conclusions suivantes : "Fragilité du fonctionnement. Résonance fantasmatique interne qui prend le pas sur l'adaptation à la réalité.

Labilité, rigidité, et laisser aller qui débouche sur des facteurs d'échec. Pas de signe autistique. Situation abandonique avec tendance régressive. Revendication phallique dans une perspective hystérique. Le T.A.T révèle le syndrome abandonique (tantôt actif, tantôt passif) comme étant un noyau de la problématique, associé à l'élément délirant. Secteur décrochant de la réalité malgré des défenses hystériques et obsessionnelles."

Le P.N.P ne met pas en évidence de troubles proprement névrotiques, mais souligne le caractère psychopathique voire psychotique du sujet. Le degré d'insincérité est anormalement élevé (elle est insincère vis-à-vis d'elle-même).

Il n'y a pas eu d'identification au père ; la mère paraît dominante au foyer. La seule image virile qui paraît dans son évolution est celle du grand-père maternel, qui était menuisier (ce qui peut expliquer son attrait pour les métiers du bois).

5° - Un caryotype a été pratiqué : il est de type féminin 46 XX sans aucune image de mosaïque.

On a retrouvé un taux un peu élevé d'hormones mâles.

6° - La demande de Michèle V. consistait essentiellement à se faire reconnaître en tant qu'homme par la société d'où
une demande de transformation corporelle ;
une demande de changement d'état civil ;
une demande d'être inscrite comme sujet masculin auprès de la Sécurité Sociale et des autres administrations.

a) En ce qui concerne sa demande de transformation corporelle, outre le fait de porter des vêtements masculins ("habillée comme ça, je me sens bien") et de porter une grosse montre, une grosse chevalière, une grosse serviette lui donnant l'apparence d'un homme, on a vu l'application dont elle fait preuve pour avoir une coiffure d'homme et pour donner la sensation de l'absence de seins par une bande serrée qui écrase les glandes mammaires pourtant féminines.

Quand il s'est agi d'aller plus loin, elle devient plus ambivalente. Si elle se rase régulièrement le menton pour entretenir le duvet qu'elle a au visage, elle a toujours refusé de prendre des hormones mâles (qui auraient accentué sa modification biologique dans le sens masculin et qui lui avaient été conseillées médicalement).

Elle a demandé une transformation plus radicale par la chirurgie, mais en dehors de la mammectomie, elle a bien accepté l'impossibilité d'aller plus loin.

Auparavant, elle avait évidemment refusé obstinément toute intervention psychothérapique, de quelque nature qu'elle soit, tant est inébranlable sa conviction d'appartenir au sexe masculin.

b) Sa demande de changement d'état civil a entrainé une expertise clinique et paraclinique dont les conclusions sont les suivantes : "Michèle V. est un sujet du sexe féminin qui présente des troubles graves d'identification sexuelle, avec idées délirantes.

C'est cet aspect psychiatrique du problème qui conduit à envisager, comme dernier recours, le changement de l'état civil féminin actuel en état civil masculin. Il n'y a pas actuellement en effet de traitement psychiatrique possible et efficace. La proposition de changement d'état civil ne pourrait être présentée que par un Collège médical compétent."

A noter qu'elle refuse même un prénom neutre et qu'elle veut un prénom franchement masculin.

c) Enfin, sa demande d'être inscrite comme sujet masculin auprès de la Sécurité Sociale et des autres administrations est primordiale. En effet, toute possibilité d'insertion sociale et professionnelle lui est fermée. L'apparence garçonnière qu'elle s'est donnée fait qu'elle se voit refuser l'accés à de nombreux emplois qu'elle pourrait occuper.

Enfin, un problème pratique : elle n'est pas à la Sécurité Sociale (refusant le 2 du numéro d'immatriculation).

7° - La situation actuelle, dans laquelle se trouve Michèle V. peut se résumer ainsi :

a) au niveau de la Sécurité Sociale, une première demande pour que dans le numéro d'immatriculation, la détermination du sexe figure avec le chiffre 0 (sexe ambigu), a été refusée ;

Dans un deuxième temps, elle a réussi à obtenir une carte de Sécurité Sociale avec le chiffre 1 (sexe masculin) en ce qui concerne le sexe (en utilisant le prénom Michel) mais avec un 00 pour ce qui est du lieu de naissance. En effet, elle a affirmé avoir perdu son lieu de naissance et il lui était donc impossible d'avoir un extrait de naissance.

b) en ce qui concerne sa demande de changement d'état civil, après avoir été déboutée une première fois par le Tribunal de D., elle fait appel. La Cour d'Appel de D. se déclare incompétente pour des motifs d'ordre strictement procédural : la juridiction compétente est celle du lieu où l'acte de naissance a été dressé. De là, Michèle V. s'adresse au Tribunal de R. (ville où elle est née) et cela fait quelques années que son dossier dort sous la poussière, sans qu'on ait jugé bon de le rouvrir.

On lui conseille alors de refaire sa demande au Tribunal de D., cette fois en rectification d'Etat Civil. L'affaire est toujours en cours.

c) Son problème apparaît actuellement plus psychologique que social. Elle se présente avec un syndrome dépressif important et une angoisse profonde. Elle affirme qu'elle se suiciderait si elle n'arrivait pas à ses fins. Elle semble très préoccupée par ses problèmes d'identité sexuelle.

Observation 3 - Lydia B.

Il s'agit d'une petite fille née en 1967, venue consulter pour la première fois en 1975, pour des problèmes de blocage avec répercussion sur la scolarité. Elle était alors âgée de huit ans et redoublait son CE 1.

1° - En ce qui concerne ses antécédents :

a) au niveau héréditaire, la mère est âgée de 30 ans, sans profession (a arrêté de travailler à la naissance de son deuxième enfant). Elle est elle-même la deuxième de quatre filles. Elle n'a pas de souvenir particulier quant à son enfance. Elle a eu une éducation stricte. Le père et la mère sont confondus, non différenciés (dans ce qu'elle en dit). Elle ne se souvient pas lequel prenait les décisions. Elle exprime une rivalité importante et une agressivité avec la soeur ainée, alors qu'il y a une meilleure entente avec la troisième.

La mère de Lydia paraît rigide, peu affective. Tout est sur le même ton monotone, et elle ne semble pas souffrir des problèmes posés par sa fille.

Le père de Lydia est âgé de 35 ans. Il exerce la profession de peintre en bâtiment (à son compte depuis peu). Il est le dernier enfant d'une famille de cinq garçons (il y a six ans d'écart entre lui et l'avant-dernier). Il se sent proche de son père à lui. Sa mère est décrite comme dure et rigide. Il a les souvenirs d'une enfance dure et laborieuse dont il a souffert.

Lui souffre actuellement beaucoup et il l'exprime en parlant de ses difficultés à communiquer avec sa fille. Il cite un exemple : quand il lui parle, elle se regarde dans la glace et n'a absolument pas compris ce qu'il lui disait, d'où des réponses à côté.

b) Ses antécédents collatéraux se résument à la présence d'un frère, âgé de quatre ans, en bonne santé.

c) Sur le plan personnel, la grossesse et l'accouchement se sont passés sans problème (à noter cependant une syndactilie congénitale des troisième et quatrième doigts des deux mains et des deuxième, troisième et quatrième orteils des deux pieds ; elle sera opérée au niveau des mains à quatre ans avec un résultat satisfaisant sur le plan fonctionnel) ;

Elle a été élevée les trois premiers mois par sa mère avec de grosses difficultés alimentaires (vomissements très fréquents avec nombreux changements de lait) et pleurs fréquents la nuit.

A trois mois, elle est mise en nourrice à la journée (la mère reprenant son travail en usine) jusqu'à deux ans et demi. La famille nourricière était très permissive et Lydia ne subissait aucune contrainte. Elle a été ensuite confiée à la grand'mère maternelle deux mois puis quatre mois chez une autre famille nourricière.

Son développement psychomoteur a été particulier : elle a marché à 15 - 16mois. Peu après, elle fait une chute avec traumatisme crânien sans perte de connaissance, accident qui a nécessité une hospitalisation de huit jours pour observation. La marche a de ce fait été retardée et elle demeure d'ailleurs toujours hésitante.

Il n'y aurait pas eu de retard à l'apparition du langage mais celui-ci reste mal acquis (débit rapide, mots très écorchés).

La propreté nocturne a été acquise vers trois ans.

2° - Lors de la première consultation, ce sont surtout les problèmes de comportement qui sont apparus au premier plan : au moment de la naissance de son frère, Lydia s'est mise à faire des sottises pour attirer l'attention. Elle a demandé à sa mère pourquoi elle s'occupait du petit frère bébé, alors qu'elle-même, elle avait été confiée à une famille nourricière.

L'institutrice qu'elle avait lui trouvait un comportement anormal en classe pour son âge ; elle ne riait jamais, n'avait aucune communication avec les autres enfants. Les parents étaient un peu déroutés par une enfant qu'ils ne comprenaient pas (tantôt bébé, tantôt adulte). Elle est décrite comme souvent fatiguée (elle se couche en rentrant de l'école et dort assez souvent), avec des troubles du sommeil (insomnie la nuit depuis toujours : elle se réveille la nuit après s'être endormie tard, sans amélioration pendant les vacances ; elle fait des cauchemars fréquents où elle voit des fantômes, des loups et elle a peur qu'ils viennent dans sa chambre).

Elle a souvent besoin de changer de place ou d'activité. Cette instabilité est plus aigue à la maison qu'à l'école. Elle aime bien les cow-boys et les indiens mais pas les poupées. Elle a peu de camarades et préfère être seule.

3° - Ce n'est qu'une année plus tard, à un nouvel entretien, qu'on mettra en évidence les troubles de l'identité sexuelle.

La présence des parents se note dans ses systèmes de défense avec une identification au père par l'intermédiaire de sa grosse voix. Elle dit : "je n'aurai pas d'enfants plus tard, je serai papa."

On approfondit alors les problèmes, avec les parents de Lydia, qui perçoivent et ont perçu depuis longtemps son comportement anormal sur le plan sexuel.

Le plus vieux souvenir remonte au temps où Lydia était en nourrice jusqu'à deux ans et demi. Le père l'a trouvée à plusieurs reprises jouant couchée, jambes très écartées (avec une autre fillette et un jeune garçon de la famille nourricière) dans une posture qu'il percevait avec malaise.

A trois ans, il est probable que Lydia, confiée aux grand'parents maternels, a assisté à des relations sexuelles entre une tante de sa mère et son fiancé.

A la naissance de son petit frère (elle avait quatre ans), Lydia regardant le pénis de celui-ci, a dit : "c'est cela qui me manque, il faut me faire réparer."

Actuellement, refus total de mettre une robe. Elle va même jusqu'à glisser sous son survêtement un pull'over dans l'entre-jambe puur simuler le sexe masculin. Elle s'attarde aux W.C où on la trouve en train d'examiner sa région génitale.

Elle a demandé à un voisin de l'embrasser sur la bouche.

Les parents s'inquiètent (et prétendent ne pas manifester leur inquiétude devant Lydia) et se demandent si leur fille n'est pas concernée par les problèmes de sexe indéterminé ou modifié (dont ils ont eu écho par les médias).

Au dernier entretien avec Lydia, on retiendra quelques phrases importantes (commentaires d'un dessin qu'elle avait fait) : " ... avec le papa, le grand garçon, le bébé c'est un garçon ; toute la famille c'est des garçons ; pas de fille, sinon on n'en veut pas. Si c'était une fille, on la mettrait dehors, parce que c'est pas bien, comme ça. Pourtant, il y a quand même une fille dans cette famille. Je vais faire la dame (elle rit en lui dessinant une moustache). Moi, je trouve que les femmes aussi elles peuvent en avoir une."

Elle se présentait alors comme un vrai petit garçon, habillée en pantalon, cheveux courts, voix grave.

4° - Sur le plan diagnostic, on a envisagé la possibilité d'une structure psychotique (soit quelque chose en voie de résolution, soit quelque chose de naissant) ou d'une pré-psychose (avec des mécanismes de défense pour dénier la castration et la différence des sexes).

5° - Lydia est suivie en psychothérapie individuelle et on peut s'attendre, devant les résultats obtenus jusqu'à présent, à ce que dans quelques années, se posent pour elle tousles problèmes qui se posent aux transsexuelles réclamant une modification de leur sexe et la reconnaissance officielle de celui-ci par la société dans laquelle ils vivent.

Observation 4 - Claudine A.

1° - Il s'agit d'une jeune femme née en 1950, ouvrière d'usine, venue consulter pour la première fois en 1976 (elle est alors âgée de 26 ans), adressée par un urologue qu'elle avait consulté d'elle-même, désireuse de changer de sexe.

2° - De ses antécédents, on retiendra :

Sur le plan héréditaire, son père est âgé de 60 ans ; sa mère de 52 ans, tous les deux sont en bonne santé. "Je suis restée chez mes parents jusqu'à 22 ans ; ils ne sont pas au courant de mon problème. Pourtant, ma mère était fière d'avoir un garçon manqué."

Ses antécédents collatéraux se résument à la présence d'une soeur ainée, âgée de 31 ans, qui est mariée, sans enfant. ("elle a eu quelques problèmes gynécologiques") ; elle est au courant de son problème.

Au niveau personnel, elle a eu une diphtérie vers un an. Ses règles sont apparues à 15 - 16 ans (elles sont actuellement régulières, tous les 28 jours, mais elles durent seulement une journée). Elle avait consulté un médecin pour un rhume des foins et des pertes de sang suivies d'une aménorrhée de deux mois : "Je n'avais plus de fer dans le sang ; on a fait des radiographies de l'estomac qui se sont avérées normales. On m'a donné un traitement. Les règles sont revenues mais les poils puussent partout depuis un mois ; pourtant, le médecin que j'avais consulté m'avait affirmé que ce traitement n'était pas hormonal."

De son enfance, elle dira : "depuis que je suis née, on me prend pour un garçon ... je l'ai toujours désiré plus ou moins consciemment. J'ai toujours eu des jeux de garçons. Je n'avais pas de problème évident à l'école mais je pense que le proviseur s'était rendu compte de quelque chose. Je n'ai jamais eu d'attirance pour les hommes, mais pour les femmes, depuis l'âge de sept ans. Je m'en suis rendue compte à l'âge de 18 ans."

3° - A propos de sa vie sexuelle, elle parlera de ses rapports hétérosexuels qu'elle a eus à 21 ans (à la suite des conseils d'un gynécologue qu'elle avait consulté) et la première fois, elle s'est trouvée enceinte, ce qui a entrainé une interruption volontaire de grossesse au deuxième mois en Suisse où elle subira un curetage. Elle a eu trois rapports sexuels avec un autre garçon et c'est tout. Elle n'a jamais été attirée par ce genre de rapports.

Elle est beaucoup plus intéressée par ses rapports homosexuels : "J'ai connu beaucoup de filles, pendant longtemps, qui éprouvaient beaucoup de répulsion pour ces choses là avant de me connaître." Elle a eu deux liaisons en période scolaire et maintenant, elle vit avec une femme qui a un enfant ("les deux premières vont se marier, je crois qu'elles ont eu beaucoup de mal à se détacher de moi ; elles ont fait des études supérieures ; c'est moi qui les ai quittées ; j'étais passionnée ...").

Sa liaison actuelle dure depuis trois ans et cela pose des problèmes car elles habitent ensemble depuis le début mais sa partenaire est une jeune femme très féminine qui aimerait se marier et avoir une vie normale. "Avec elle, je n'ai aucun rapport sexuel pour moi-même, je donne, je ne reçois pas."

Ses difficultés actuelles sont en rapport avec sa situation ambigüe : "dès qu'on me voit, on me repère, et on me qualifie de propos peu agréables. Ça me plaît de porter des vêtements masculins. Je n'ai pas porté de robes depuis huit ans. Je ne peux plus revenir en arrière, je ne pense pas pouvoir continuer comme ça, c'est trop difficile. Je veux tout faire pour être un homme, même si c'est difficile." Elle a d'ailleurs appris par les journaux qu'en Angleterre, une intervention chirurgicale transformait des femmes en hommes.

4° - L'examen somatique met en évidence :

- un poids de 49 Kgs 500 pour une taille de 1 m 65 (elle a des variations de poids dans les deux sens très fréquemment) ;

- un aspect masculin avec des cheveux courts et secs ;
- des seins un peu flétris mais de volume normal ;
- la présence d'un léger duvet aux joues, au menton, sur la lèvre supérieure et au delà des aréoles des seins, alors que la toison pubienne est féminine normale ;
- une vulve normale. La cavité vaginale admettant mal deux doigts. Le TV est pratiqué à un doigt et révèle un utérus plutôt petit mais normal, alors que l'ovaire droit est perçu ;
- aucune anomalie clitoridienne ;
- le reste de l'examen somatique est normal.

5° - De cette consultation, on conclut qu'il n'y a vraisemblablement pas d'anomalie hormonale susceptible d'être dépistée par les moyens dont nous disposons et donc qu'un bilan est sans intérêt (elle a des cycles menstruels réguliers et ovulatoires puisque la première fois qu'elle a tenté un rapport hétérosexuel, elle s'est trouvée enceinte).

On programme d'une part un caryotype, pour permettre à la patiente de l'assurer, par principe, de son appartenance à un sexe féminin chromosomique 46 XX normal ; d'autre part, un entretien psychiatrique.

6° - La consultation psychiatrique a lieu le mois suivant et les conclusions sont résumées ainsi : "il s'agit d'une jeune fille qui précise que dès sa plus tendre enfance, elle a toujours été attirée par les activités masculines. D'ailleurs elle rêve encore d'exercer un métier d'homme. Elle voudrait, par exemple, reprendre le garage tenu par son père.

Les très rares relations hétérosexuelles ont été réalisées par curiosité mais il semble bien qu'elle n'y ait jamais trouvé de satisfaction vraie. Les hommes représentent pour elle non pas un objet de désir, mais plutôt une possibilité d'identification, c'est ainsi que dans la vie quotidienne, elle regarde volontiers les garçons pour voir le type d'homme qu'elle voudrait réaliser elle-même.

Toute cette évolution sexuelle s'est déroulée sans aucune angoisse et on ne constate aucun trait névrotique caractérisé. Sa liaison homosexuelle lui a apporté une certaine stabilité, sans qu'il y ait jamais eu un sentiment de culpabilité. De même, on ne trouve chez cette jeune fille aucune manifestation délirante, pas de trouble du schéma corporel, et il ne s'agit certainement pas d'un cas de transsexualisme.

En fait, on se trouve devant la déviation sexuelle vraie, sans retentissement psychologique notable et qui semble bien assumée sur le plan personnel. La seule demande se situe sur le plan social : Mademoiselle A. voudrait officialiser son changement de sexe pour qu'aux yeux de son entourage, elle se trouve dans une situation sentimentale habituelle. Dans ces conditions, il n'y a aucune indication chirurgicale."

II - OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

Observation 5. : Sarolta Sandor, tirée de "Psychopathia Sexualis" de KRAFFT-EBING (ouvrage écrit à la fin du XIXe siècle et repris au début du XXe).

"Observation 292 (Gynandrie). Le 4 Novembre 1889, le beau-père d'un comte V ..., portait plainte parce que celui-ci lui avait escroqué une somme de 800 florins, sous le prétexte qu'il en avait besoin pour constituer un cautionnement comme secrétaire d'une société anonyme. En outre, il fut révélé que Sandor avait maquillé des contrats, que son mariage célébré au printemps 1889 était simulé et avant tout, que le prétendu comte n'était pas un homme, mais une femme déguisée en homme, qui s'appelait de son vrai nom la comtesse Charlotte (Sarolta) V ... . S ... fut arrêtée et mise en prévention pour escroquerie et faux en écritures publiques. Au premier interrogatoire, S ..., née le 6 Décembre 1866, reconnaît être du sexe féminin, catholique, célibataire, et exercer la profession d'écrivain sous le nom de Comte V ...

L'autiobiographie de cette virago confirma par ailleurs les remarquables faits suivants :

S ... descend d'une vieille famille noble, jouissant d'une excellente réputation, dans laquelle l'excentricité était une particularité. Une soeur de la grand'mère maternelle était hystérique, somnambule, et elle a gardé le lit pendant dix sept ans pour cause de paralysie hystérique ; une seconde grand'tante est restée sept ans au lit pour maladie imaginaire "mortelle", mais malgré cela elle donnait des bals ; une troisième avait l'obsession qu'une console de son salon était damnée ; quand quelqu'un posait quelque chose sur cette console, elle entrait dans une extrême excitation, et se mettait à crier "Damné ! damné !". Elle courait avec l'objet en question dans une chambre, qu'elle appelait la chambre noire, et dont la clef restait toujours entre ses mains. Après la mort de cette dame, on trouva

dans la chambre noire un grand nombre de châles, de bijoux, de billets de banque, etc ... Une quatrième grand'tante ne laissa pas balayer sa chambre pendant deux ans ; elle ne se lavait pas, elle ne se peignait pas. Elle ne reparut que ces deux ans écoulés. Toutefois, toutes ces femmes étaient spirituelles, instruites et aimables. La mère de S ... était nerveuse et ne pouvait supporter le clair de lune.

De la famille paternelle, on dit "qu'elle a un grain"; une branche de cette famille ne s'occupe guère que de spiritisme. Deux parents directs du côté paternel se sont suicidés en se brûlant la cervelle. La plupart des hommes de la parenté sont extraordinairement doués ; les femmes ont un esprit borné, absolument bourgeois. Le père de Mademoiselle S ... occupait une haute position qu'il dut cependant abandonner en raison de son excentricité et de sa prodigalité (il gaspilla plus d'un million et demi).

Une marotte du père, entre autres, était d'habiller S ... en garçon, de la faire monter à cheval, de lui faire conduire un attelage, de la faire chasser, d'admirer son énergie virile ; c'est pourquoi il l'appela Sandor. Par contre, il habillait son second fils en fillette ; il le fit élever comme une fille. Cette farce cessa à 15 ans, époque à laquelle ce fils entra dans un établissement d'éducation.

Sarolta Sandor reste sous l'influence de son père jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle vint ensuite à Dresde, chez sa grand'mère maternelle au caractère excentrique, et celle-ci, au moment où le sport masculin aurait trop pris le dessus, la mit dans une institution et lui fit porter des habits de femme.

A l'âge de 13 ans, elle noua des relations d'amour avec une anglaise à qui elle avait déclaré être un garçon et elle l'enleva. Sarolta vint chez sa mère, qui du reste, ne put rien et dut admettre que sa fille redevint Sandor ; elle porta des habits d'homme et mit en scène, tous les ans, au moins une histoire avec

des personnes de son propre sexe. Cependant S ... reçut une éducation très soignée ; elle fit de très grands voyages avec son père, naturellement toujours comme jeune homme. Elle s'émancipa très tôt, fréquenta les cafés et même les établissements douteux et elle se vanta même un jour in utroque genu quellae sedisse au lupanar. S ... s'enivrait souvent, s'enthousiasmait pour les sports masculins et devint très habile en escrime. Elle se sentait très attirée par les actrices ou les autres femmes vivant seules, et autant que possible pas trop jeunes. Elle assure qu'elle n'a jamais ressenti de penchant pour un jeune homme et avoir, au contraire, éprouvé d'année en année une répugnance croissante pour les hommes. "Je préférais aller dans la société des femmes avec des hommes vilains, sans allure, afin que personne ne pût m'effacer. Quand je m'apercevais qu'un de ces hommes éveillait de la sympathie chez les femmes, je devenais jalouse. Chez les femmes, je préférais celles qui étaient spirituelles à celles qui étaient physiquement belles. Je ne pouvais souffrir les femmes grosses et celles avides de l'amour des hommes. J'aimais voir la passion d'une femme se manifester sous un voile poétique ; tout manque de pudeur chez une femme éveillait chez moi le dégoût. J'avais une idiosyncrasie indicible contre les habits de femme et en général contre tout ce qui était féminin, mais seulement pour mon propre compte, car au contraire, j'admirais fort le beau sexe."

Depuis environ dix ans, S ... vivait presque constamment loin des siens et comme homme. Elle avait une quantité de liaisons avec des dames ; elle faisait de grands voyages avec celles-ci, gaspillait beaucoup d'argent, faisait des dettes.

En outre, elle s'occupait de littérature ; elle était collaboratrice estimée de deux revues connues de la capitale. Dans sa passion pour les femmes, elle était très changeante, étant inconstante en amour.

Une seule fois, elle eut une liaison qui dura deux ans. Il y a de nombreuses années, S ... fit au château de G ... la connaissance de Emma E ..., de dix ans plus jeune qu'elle. Elle

s'éprit de cette dame, fit avec elle un contrat de mariage et elles vécurent ensemble pendant trois ans dans la capitale comme mari et femme. Un nouvel amour, qui devait être fatal à S ..., la poussa à rompre le lien conjugal avec E ... ; celle-ci ne voulait pas se séparer d'elle. S ... n'acheta sa liberté à E ... qu'au prix de lourds sacrifices. E ... vit encore aujourd'hui comme femme divorcée et elle se considère comme la Comtesse V.

S ... a su aussi provoquer la passion chez d'autres femmes. En effet, avant son contrat de mariage avec E ..., elle fut dégoûtée d'une certaine demoiselle D ..., avec qui elle avait gaspillé quelques milliers de florins ; mais D ... la menaça de l'abattre d'un coup de révolver si elle ne lui restait fidèle.

Au cours de l'année 1887, pendant un séjour dans une station balnéaire, S ..., alors âgée de 20 ans, fit la connaissance des E ..., famille distinguée de fonctionnaires, et aussitôt, S ... s'éprit de la fille Marie, qui répondit à cet amour. La mère et une cousine cherchèrent à faire obstacle à ces relations, mais en vain. Les deux amoureuses eurent une correspondance suivie pendant l'hiver. En Avril 1888, le "Comte S ..." vint en visite, et en Mai 1889, il arriva à son but. En effet, Marie, qui entre temps avait renoncé à une place d'institutrice, fut mariée en Hongrie par un pseudo prêtre, dans une villa, en présence d'un ami de son cher amant S ..., qui établit avec ce complice un faux acte de mariage. Le couple vécut dans le bonheur et la joie. Et sans la plainte du mauvais beau-père, ce mariage simulé aurait pu probablement durer très longtemps. Il est à remarquer que S ..., pendant toute la période assez longue de ses fiançailles, sut tromper la famille de sa femme de façon parfaite sur son vrai sexe.

S ... était une passionnée d'amour. Elle avait des allures et des défauts absolument masculins ; ses lettres et même les actes judiciaires, lui parvenaient sous le nom de Comte S ... De plus, elle disait assez souvent qu'elle était appelée à faire une période militaire. Il ressort des allusions du beau-père que S ... (et ceci, S ... l'avoua elle-même plus tard) savait simuler

un scrotum au moyen d'un mouchoir ou d'un gant disposé dans la poche de son pantalon. Un jour aussi, le beau-père remarqua quelque chose ressemblant à un membre en érection chez son futur gendre (probablement un priape) qui, à l'occasion, fit aussi remarquer sans ostentation qu'il était obligé de porter un suspensoir pour monter à cheval. En réalité, S ... portait autour du ventre un bandage, probablement pour lui permettre de fixer un membre postiche.

Quoique S ... se fit souvent raser pour la forme, on était puurtant persuadé à l'hôtel que c'était une femme, car la femme de chambre avait constaté dans son linge des traces de règles (que S ... expliquait par la présence d'hémorroïdes) et elle s'était persuadée du sexe féminin de S ... en la regardant se baigner par le trou de la serrure.

Le passage suivant d'une lettre de Marie adressée à S ..., en date du 26 Août 1889, montre l'incroyable naïveté et l'innocence de cette malheureuse jeune fille :

"Je n'aime plus du tout les enfants des autres, mais si seulement je pouvais avoir de mon Sandi un gentil petit polisson, quel bonheur !"

Un grand nombre de manuscrits nous donnent des renseignements sur la personnalité intellectuelle de S ... Son écriture montre de la fermeté et de la sûreté ; ce sont des traits purement masculins ; le contenu se répète partout avec les mêmes particularités : passion sauvage et déchainée, haine et résistance à tout ce qui s'oppose au coeur espérant aimer et être aimé, amour empreint de poésie dans lequel on ne constate aucun trait vil, enthousiasme pour tout ce qui est beau et noble, intelligence pour la science et les beaux-arts. Ses écrits révèlent une richesse peu ordinaire de connaissance des classiques de toutes les langues ; ils contiennent des citations de poètes et de prosateurs de tous les pays. Des connaissances en la matière assurent que les travaux poétiques et littéraires de S ... sont loin d'être insignifiants.

Les lettres et écrits touchant les relations avec Marie sont remarquables au point de vue psychologique. S ... parle de la félicité qu'elle a goûtée aux côtés de Marie ; elle exprime son désir indicible de voir cette femme adorée, ne serait-ce qu'un moment. Après une telle honte, elle n'aspire plus qu'à échanger sa cellule contre la tombe. La douleur la plus amère, c'est d'avoir conscience que maintenant, Marie aussi la hait. Elle a versé sur son bonheur perdu des larmes brûlantes ; elle en a tant versé qu'elle eut pu s'y noyer. Des feuilles entières traitent de l'apothéose de cet amour, des souvenirs du temps du premier amour et des premières relations d'amitié.

S ... se plaint de son coeur, qu'aucune logique ne peut maîtriser ; elle manifeste des explosions de sentiments que l'on ne peut qu'éprouver, mais non pas simuler. Puis viennent à nouveau des explosions de la plus folle des passions et S ... déclare ne pouvoir vivre sans Marie. "Ta voix aimée et chérie, cette voix, dont le son me fera peut-être surgir du tombeau, dont le son a toujours été pour moi la promesse du paradis ... Ta simple présence suffisait à alléger mes souffrances physiques et morales. C'était un courant magnétique, c'était une puissance singulière que ton être exerçait sur le mien et que je ne saurais complètement définir. Aussi, j'en suis restée à la définition éternellement vraie : je l'aime parce que je l'aime. Dans mes nuits désespérées, je n'avais qu'une étoile, l'astre de l'amour de Marie. Cette étoile est maintenant éteinte ; il n'en subsiste plus que le reflet, le souvenir tendre et mélancolique, qui éclaire la nuit, mortelle et pleine d'épouvante, d'un doux rayon, d'une lueur d'espérance ...". Cet écrit finit par l'apostrophe suivante : "Messieurs, savants et sages juristes, psychologues et pathologistes, jugez-moi. Chacun des pas que j'ai faits a été conduit par l'amour, chacun de mes actes a été nécessité par l'amour ; c'est Dieu qui a mis cet amour dans mon coeur. S'il m'a ainsi créée et non autrement, en suis-je la cause, ou bien sont-ce là les voies insondables du destin ? J'ai cru en Dieu, j'ai cru qu'un jour viendrait la rédemption, car ma faute ne fut que de l'amour, qui est la base, le fondement de ses doctrines, de son empire lui-même.

"Mon Dieu, miséricordieux, tout-puissant, tu vois mon tourment, tu sais combien je souffre. Penche-toi vers moi et tends-moi ta main secourable, maintenant que tout le monde m'a abandonnée. Dieu seul est juste. Combien Victor Hugo dans sa "Légende des Siècles" sait en faire une belle description. Combien la mélodie de Mendelssohn me semble tristement pittoresque : "Toutes les nuits, je te vois en rêve ...".

Quoique S ... sache qu'aucun de ses écrits ne parviendra à sa "tête de lion adorée", elle ne se lasse pas de confier ses explosions de douleur et de délices amoureuses à de longues pages consacrées à l'adoration de Marie ; elle implore simplement encore "une larme limpide et brûlante versée par une belle soirée d'été silencieuse et sereine, quand le lac, dans la lueur crépusculaire, s'enflamme comme de l'or en fusion et, se confondant avec les cloches de Sainte-Anne et de Maria Woerth dans une harmonieuse mélancolie, annonce le calme et la paix pour ce pauvre coeur qui battra pour toi jusqu'à son dernier souffle."

Examen personnel. La première rencontre que les médecins légistes eurent avec S ... fut quelque peu pénible pour les deux parties : pour les médecins, parce que l'allure masculine un peu trop forcée de S ... en imposait ; pour S ..., parce qu'elle était d'avis qu'on allait la déshonorer en lui appliquant le stigmate de l'insanité morale. Elle avait un visage non sans beauté et intelligent qui, malgré une certaine délicatesse des traits et la petitesse de toutes les parties, avait une empreinte absolument masculine, quoiqu'il y manquât la moustache dont elle regrettait amèrement l'absence. Les médecins légistes eux-mêmes eurent des difficultés à se représenter sans cesse, malgré les habits de femme, qu'il s'agissait d'une dame, tandis que les relations avec "Sandor homme" se déroulaient d'une façon beaucoup plus naturelle, beaucoup plus aisée, apparemment beaucoup plus correcte. L'accusée le ressent aussi, elle devient immédiatement plus ouverte, plus communicative, plus libre, dès qu'on la traite comme un homme.

Malgré son penchant pour le sexe féminin, penchant qui existait déjà dès les premières années de sa vie, elle n'a pourtant ressenti qu'à 13 ans, lors de l'enlèvement de l'anglaise aux cheveux roux de l'institution de Dresde, les premières sensations de l'instinct sexuel, qui se manifestait alors par des baisers, des embrassades, des contacts avec sensations voluptueuses. A cette époque déjà, elle ne voyait dans ses rêves que des êtres féminins et comme toujours depuis, elle a toujours éprouvé, dans ses rêves voluptueux, la sensation d'être un homme et ressenti à l'occasion l'éjaculation.

Elle ne connaît pas l'onanisme solitaire ou mutuel. Il lui semble parfaitement dégoûtant et ne correspondant pas à la "dignité de l'homme". Jamais non plus elle ne s'est fait toucher par d'autres les parties génitales, pour cette simple raison déjà qu'il s'agissait de conserver son grand secret. Elle n'eut ses règles qu'à l'âge de 17 ans. Elles étaient toujours assez faibles et se passaient sans troubles. S ... a visiblement horreur de parler de la menstruation, cela répugne à sa conscience et à son sentiment masculins. Elle reconnaît la morbidité de ses penchants sexuels, mais elle ne désire rien d'autre, car elle se sent parfaitement à l'aise et très heureuse dans cette sensation perverse. L'idée de rapports sexuels avec des hommes engendre chez elle du dégoût, elle croit impossible de pouvoir les pratiquer.

Son sentiment de la pudeur va si loin qu'elle préférerait coucher parmi des hommes que parmi des femmes. Ainsi, elle devait, au cas où elle avait un besoin à satisfaire ou bien au cas où il lui fallait changer de linge, prier sa compagne de cellule de se détourner et de regarder par la fenêtre, afin qu'elle ne puisse pas être vue.

Lorsque S ... entrait parfois en contact avec cette compagne de cellule, personne de la lie du peuple, elle ressentait une excitation voluptueuse qui la faisait rougir. Sans qu'on le lui demandât, elle raconta même qu'elle fut assaillie par une véritable angoisse lorsqu'elle dût revêtir, avec grande difficulté, dans la cellule de sa prison, des vêtements de femme,

auxquels elle n'était pas habituée. Sa seule consolation fut qu'on lui laissa au moins sa chemise d'homme. Il est remarquable et intéressant, pour l'importance de ses sensations d'odorat dans sa vie sexuelle, qu'elle ait déclaré qu'étant séparée de Marie, elle avait recherché et senti les parties de la chaise longue où Marie avait coutume de poser sa tête, pour aller y rechercher, avec délice, l'odeur des cheveux de son amie. S ... ne s'intéressait pas précisément aux femmes belles et plantureuses, non plus qu'aux femmes très jeunes. Elle met du reste en seconde ligne les charmes physiques de la femme. Elle se sent attirée par les femmes d'environ 24 à 30 ans, comme par un courant magnétique. Elle recherchait la satisfaction sexuelle exclusivement dans le charme du corps féminin (jamais sur son propre corps) sous la forme de masturbation de la femme aimée ou de cunnilinctus ; à l'occasion, elle se servait d'un bas rempli d'étoupe comme priape. S ... ne fait cette déclaration qu'à contre coeur, avec un sentiment visible de honte ; de même, dans ses écrits, on ne rencontre jamais de passages impudiques ou cyniques.

Elle est religieuse ; elle s'intéresse vivement à tout ce qui est noble et beau, excepté aux hommes. Elle est très sensible à l'estime morale des autres.

Elle regrette profondément d'avoir rendu Marie malheureuse par sa passion ; elle trouve perverses ses sensations sexuelles et elle considère un tel amour d'une femme pour une autre comme moralement abject chez les personnes saines. Elle est très douée pour les travaux littéraires ; elle possède une rare mémoire. Sa seule faiblesse est son extrême frivolité et l'impossibilité où elle se trouve d'utiliser raisonnablement l'argent ou ce qui a valeur d'argent. Cependant, elle a conscience de cette faiblesse et elle demande qu'on n'en parle pas.

S ... a une taille de 153 centimètres ; sa structure osseuse est délicate. Elle est maigre, mais cependant, sa poitrine et ses cuisses sont fortement musclées. En vêtements de femme, elle a une allure maladroite.

Ses mouvements sont puissants, sans être laids, quoique plutôt peu gracieux et d'une raideur masculine. Elle salue les personnes de sa connaissance d'une vigoureuse poignée de main. Tout son maintien est décidé, raide, quelque peu autoritaire. Son regard est intelligent, sa physionomie a quelque chose de sombre ; les pieds et les mains sont très petits, ayant gardé le caractère infantile. Les faces extérieures des extrémités sont recouvertes de poils très touffus, tandis qu'on ne peut constater le moindre duvet de barbe, malgré toutes les tentatives qu'elle a faites pour se raser. Le tronc ne correspond en rien à la structure féminine. Il manque la taille, le bassin est si droit et si peu proéminent que de l'aisselle au genou correspondant, la ligne correspond à une droite qui n'est ni incurvée par la taille vers l'intérieur, ni incurvée par le bassin vers l'extérieur. Le crâne est légèrement oxycéphale et dans toutes ses dimensions, il reste d'au moins un centimètre au-dessous de la mesure moyenne du crâne féminin.

Le pourtour du crâne est de 52, la ligne auriculaire occipitale a 24, la ligne auriculaire pariétale 23, la ligne auriculaire frontale 28,5, le pourtour longitudinal 30, la ligne auriculaire maxillaire 26,5, le diamètre longitudinal 17, le diamètre transversal maximum 13, la distance des conduits auditifs 12, des apophyses zygomatiques 11,2 centimètres. Le maxillaire supérieur fait fortement saillie, son apophyse alvéolaire dépasse le maxillaire inférieur de 0 cm 5. Disposition des dents absolument normale. La canine supérieure droite ne s'est jamais développée. Oreilles écartées, lobules indistincts allant se perdre dans la peau malaire. Palais étroit et dur, très incliné. Voix rauque et profonde. Glandes mammaires assez développées, mais sans sécrétion. Le Mont de Vénus est recouvert de poils bruns et touffus. Parties génitales absolument féminines, sans traces de phénomènes d'hermaphrodisme, mais restées à l'état infantile des parties d'une petite fille de dix ans. Les grandes lèvres se touchent presque complètement, les petits lèvres ont la forme d'une crête de coq et font saillie sur les grandes. Le clitoris est petit et extrêmement sensible. L'hymen fait défaut (vraisemblablement de naissance), l'entrée du vagin est étroite, muqueuse normale, de même que les caroncules myrtiformes. Le vagin est tellement étroit que l'introduction d'un membre viril serait impossible.

Il est en outre sensible. Jusqu'ici, il n'y a probablement pas eu coït. L'utérus est envahi par le rectum sur un espace de la grandeur d'une noix ; il est immobile et rétro-courbé.

Le bassin apparaît étroit de tous côtés (bassin nain) et il a absolument le type masculin. La distance des épines iliaques antérieures est de 22,5 (au lieu de 26,3) ; celle des crêtes iliaques de 26,5 (au lieu de 29,3), des trochanters 27,1 (31), des diamètres sacro-pubiens externes 17,2 (19-20) d'où probablement ceux des internes 7,7 (10,8). En raison du peu de largeur du bassin, la position de la cuisse n'est pas convergente comme chez la femme, mais elle est droite.

Il ressort de l'examen d'expertise de Krafft-Ebing qu'il existe chez S ... une inversion morbide congénitale de la sensation sexuelle, qui se manifeste, même au point de vue anthropologique, sous la forme d'anomalies du développement physique, sur la base d'une grave tare héréditaire ; il en ressort en outre que les actes reprochés à S ... ont pour base sa sexualité morbide et irrésistible.

A ce sujet, S ... a fait une observation caractéristique : "Dieu a mis l'amour dans mon coeur ; s'il m'a ainsi créée et non autrement, je n'en suis pas cause, ou bien sont-ce là les voies éternellement insondables de la destinée ?" Cela confirme en son opinion Krafft-Ebing. Le tribunal prononce un acquittement. La "Comtesse en habits d'homme", comme l'appelaient les journaux, retourna dans la capitale, où elle est née, où elle continue à vivre sous le nom de Comte Sandor. Son seul chagrin est la destruction de son bonheur avec Marie, qu'elle aimait ardemment."

Observation 6 - Daniel Van OOSTERWYCK

résumée du livre "Elle-Il", Danielle Sexe masculin", récit autobiographique écrit en 1975.

Il s'agit de l'histoire d'une jeune fille belge, Danielle, née en 1944, qui raconte toutes les péripéties de sa transformation sexuelle (de Elle en Lui).

1° - La première partie du livre intitulée "Elle ?" parle de la période de sa naissance à ses 25 ans et on en retiendra les faits suivants :

A 3 ans, elle met en pièces une poupée qu'on lui offre et a le désir d'avoir une panoplie de cow-boy. Elle a alors des jeux de garçon.

A 4 ans, elle a le désir de jouer avec les garçons et exclusivement avec eux.

A 6 ans, elle adhère aux idées religieuses et elle désire alors changer de sexe par "miracle" et en elle, germe l'idée d'une erreur divine : une âme d'homme dans un corps de femme.

A 7 ans, elle a des problèmes vestimentaires (porte toujours des pantalons de garçon, a des difficultés quand il s'agit de se mettre en maillot de bain) et ses occupations sont exclusivement masculines.

A 13 ans, elle entend parler d'une première transformation (il s'agissait d'un homme "transformé" en femme) et elle pense alors que son problème a une solution médico-chirurgicale.

Gros problèmes quand il s'est agi de faire sa première communion en fille. Elle a alors le désir d'avoir une montre et une chevalière d'homme.

A cette même période, autres problèmes devant l'apparition des signes pubertaires avec sentiment d'horreur face au dé-

veloppement de ses seins (contre lequel elle lutte en dormant à plat ventre sur des planches, en portant un bandage serré ...). Refus de porter un soutien-gorge.

A 14 ans, à nouveau, se posent de graves difficultés par rapport aux vêtements.

A 15 ans, apparition des premières idées suicidaires devant la lutte de sa mère pour lui imposer une allure féminine. Elle porte alors les cheveux courts. Elle n'a pas d'affinité sexuelle et elle se sent très différente d'une lesbienne.

A cette époque, elle a ses premières règles et cela lui crée un véritable et profond dégoût.

A 16 ans, elle a ses premiers rapports "homosexuels" avec une femme.

A 17 ans, les problèmes avec sa mère ne font que s'accroître. Et le regard des autres prend une grande importance pour elle (les gens ne sachant s'ils ont en face d'eux un homme ou une femme). Toujours des problèmes vestimentaires.

A 18 ans, elle fait l'acquisition d'un appareil lui permettant de se muscler virilement.

A 19 ans, elle fait sa première tentative de suicide (aux barbituriques).

A 20 ans, elle a des rapports sexuels avec une lesbienne.

A 21 ans, après le décès de sa mère, elle se travestit en homme, s'arrange pour aplatir ses seins et elle fait sa première demande de transformation à un gynécologue. Elle se heurte à un refus catégorique et elle est alors adressée à un psychiatre.

Cela ne fait que renforcer sa demande et à 22 ans, elle décide de mener la lutte jusqu'au bout. Elle consulte alors douze gynécologues différents en l'espace d'une année. Aucun ne lui don-

nant satisfaction, elle décide de se rendre aux U.S.A où elle sait que des opérations de transformation s'effectuent mais elle doit renoncer à son projet faute de moyens financiers.

Quand elle a 24 ans, à nouveau elle entend parler d'un transsexuel en lisant son journal.

2° - La deuxième partie du livre s'intitulant "Il" raconte la transformation et ses déboires.

a) d'abord le diagnostic, qui sera fait à Londres, à la suite du premier congrès international sur la transsexualité (le 26 Juillet 1969).

Danielle va subir une batterie d'examens :

- examen physique normal
- examens sanguins normaux
- E.E.G sans particularité
- sexe génétique 46 XX féminin normal
- et surtout tests psychologiques (RORSCHACH, WESCHLER BELLEVUE, TAT, MMPI, SZONDI) dont les conclusions sont les suivantes : "personnalité très riche du point de vue intellectuel et affectif.

La patiente montre l'existence d'un trouble névrotique net sur le plan sexuel. Elle garde l'image et le désir d'une femme phallique et semble développer vis-à-vis de l'homme des tendances castratrices très nettes.

Il semble avoir existé des difficultés assez marquées vis-à-vis de l'image paternelle. L'image maternelle est beaucoup mieux acceptée, quoique marquée d'nne légère ambivalence.

Dans l'ensemble, la patiente paraît peu anxieuse ; on note quelques légers traits hypochondriaques et obsessionnels, mais peu marqués. Son système de défense s'établit surtout au sens d'un engagement très important dans l'activité sociale et intellectuelle.

Etant donné le peu d'angoisse que semble éprouver la patiente, l'efficacité de son système de défense, la satisfaction qu'elle paraît trouver dans une attitude dominatrice ou castratrice vis-à-vis de l'homme, et enfin le type de problématique qu'elle présente, il est peu probable qu'elle soit très motivée pour une psychothérapie. Celle-ci semble donc avoir peu de chance de succès.

Il faut noter que nulle part dans les tests n'apparaissent de tendances lesbiennes."

b) On a donc conclu à un transsexualisme vrai et on a mis en route le traitement hormonal durant un an (elle est alors âgée de 26 ans), dont les conséquences seront une modification de la voix qui devient grave, l'apparition d'une pilosité de type masculin (barbe, moustache), la disparition des règles.

Et Danielle se fait alors appeler Daniel (elle modifie elle-même ses papiers d'identité). Les problèmes se posent alors sur le plan de l'Etat Civil et en ce qui concerne les études de Droit qu'elle fait.

c) Puis c'est le traitement chirurgical qui va durer quatre ans.

Dans un premier temps, s'effectuera la suppression des caractères féminins.

La première intervention, la mammectomie bilatérale se fera dans de très mauvaises conditions en raison surtout des difficultés à trouver un chirurgien et un anesthésiste désireux de la pratiquer d'une part, et d'autre part à cause de l'impossibilité de trouver une salle d'opération adéquate (aucune clinique ne désirant que ce genre d'intervention soit pratiquée dans ses locaux).

La seconde intervention, hystérectomie et ovariectomie bilatérale, sera ensuite effectuée avec des difficultés au niveau du remboursement des frais médicaux par les assurances sociales.

Enfin, le dernier obstacle est levé par la découverte d'une clinique spécialisée en Grande Bretagne, qui va corriger les défauts de la mammectomie antérieure par une intervention de chirurgie plastique mammaire et qui va assurer la phalloplastie, en dix temps, par une série de greffes cutanées et la mise en place d'une côte prélevée sur le sujet lui-même.

d) Restent bien sûr les problèmes avec la société (changement d'Etat Civil) et l'intervention intempestive des journalistes toujours en quête de sensationnel.

T R O I S I E M E   P A R T I E

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

C O N C E P T   D E

B I S E X U A L I T E

Il nous a semblé difficile d'aborder la transsexualité sans prendre en considération la notion de bisexualité.

Cette notion, présente dans la littérature philosophique et psychiatrique de la fin du XIXe siècle, fut reprise par W. FLIESS qui s'en fit l'avocat auprès de S. FREUD (comme en témoigne leur correspondance).

Mais cette notion se retrouve dans tous les écrits humains mythiques et historiques des diverses civilisations antiques ainsi que dans bon nombre de rites initiatiques utilisés par des civilisations dîtes primitives.

C'est pourquoi, il nous a semblé intéressant de parler d'abord des racines historiques de ce concept (aspects mythologiques : écrits hébraîques, grecs, latins; puis aspects sociologiques : rites initiatiques) avant d'aborder les données médicales (de l'embryologie et de l'endocrinologie) qui furent d'ailleurs prises en considération par FLIESS (surtout) et par FREUD (secondairement) pour introduire la notion de bisexualité psychique (que nous évoquerons dans une troisième et dernière partie).

I - LES RACINES HISTORIQUES DE LA BISEXUALITE

1° - Aspects mythologiques

Nous avons retenu trois références différentes où il est question de bisexualité : d'abord la Bible (au chapitre de la Genèse), puis l'oeuvre de PLATON ("Le Banquet"), enfin un poète latin, OVIDE ("Métamorphoses").

a) La Bible

+ les versets qui ont attiré notre attention sont ceux qui décrivent la création de l'homme et de la femme.

Dans le chapitre Ier de la Genèse, on trouve le verset 27, qu'on pourrait traduire ainsi :

"Dieu créa l'homme à son image ; c'est à l'image de Dieu qu'il le créa. Mâle et femelle, il les créa."

Plus loin, dans le chapitre II de la Genèse, une "nouvelle version" de la création de l'homme et de la femme est donnée. La traduction des versets 21, 22, 23 et 24 est la suivante :

"L'Eternel-Dieu fit tomber un sommeil sur l'homme, qui s'endormit ; il prit une de ses côtes, et referma par un tissu de chair à la place.

L'Eternel-Dieu édifia en femme la côte qu'il avait prise à l'homme, et il la présenta à l'homme.

Et l'homme dit : "Celle-ci, pour le coup, est un os de mes os et une chair de ma chair ; celle-ci sera nommée "ICHA" parce qu'elle a été prise de "ICH".

C'est pourquoi l'homme abandonne son père et sa mère ; il s'unit à sa femme, et ils deviennent une seule chair."

Voici les données brutes de la Loi Ecrite et l'on peut donc, dès le départ, opposer ces deux versions apparemment différentes de la création de l'homme et de la femme, la première paraissant extrêmement claire et nette : Adam a été créé mâle et femelle. En fait, le verset 27 du chapitre Ier de la Genèse est une affirmation générale avant le récit détaillé des modalités de cette création du chapitre II (versets 21 à 24) de la Genèse où l'on parle de la création de l'Adam-homme qui semble être apparu avant l'Adam-femme, tirée de sa côte (et où on nous parle également du procédé de création utilisé par Dieu).

Mais ce qui est fondamental, c'est l'Adam originel, décrit comme étant à la fois homme et femme : l'Adam bisexuel.

Certains commentateurs (comme RACHI) affirment qu'il y a eu deux étapes, voire deux créations. Dans une première, Dieu a créé l'homme avec deux "faces" et après, il les a séparées. Au moment où Dieu a créé Adam, androgyne il le créa ; un il était, comme il est écrit. Puis, dans une deuxième étape, il le "scia" et il le fit tel que sont apparus deux dos et la partie avant avait les traits d'un homme, et la partie arrière les traits d'une femme.

A l'objection habituelle : "il a pris une de ses côtes", on a répondu : "non pas une de ses côtes, mais un de ses côtés. On voit qu'il n'a pas créé à partir d'un visage, d'une figure, mais d'un côté qu'il a pris. D'un côté et non d'une côte réellement, mais de sa latéralité. Au moment où Dieu créa Adam, Golem (masse informe, corps brut) il l'a créé (dépourvu de mains et de pieds), et après, il lui a constitué des membres."

+ la lecture de toutes ces données nous permet de faire les déductions suivantes : on peut interpréter les rapports entre ces deux principes de façon "biologique". Le mythe de l'androgyne est un produit de l'imaginaire des peuples et il n'a pu apparaître qu'à partir d'une certaine expérience psychologique, sociale ou physique. Le masculin et le féminin ne sont pas seulement des êtres extérieurs l'un à l'autre - l'homme et la femme - ; ce sont aussi

des aspects intérieurs d'une même personne donnée. Chaque être a en lui un principe mâle et un principe femelle, ce qui permet de déterminer le sexe comme étant le fait que l'un l'emporte sur l'autre.

Cette lecture peut se faire aussi sur un plan psychologique : si sur un plan organique, le foetus est dès le départ orienté vers le sexe masculin ou vers le sexe féminin, le psychisme doit s'orienter également. Il faut, par la suite, assumer son sexe à deux niveaux, psychologique et physique. Apparaissent ici à la fois l'unité et la dualité. L'unité puisque l'homme est un, la dualité car cette unité se subdivise en deux. Adam est à la fois unique et double. Il n'est pas l'homme, le masculin seul. C'est le masculin et le féminin à l'intérieur de tout être humain, et c'est aussi l'homme et la femme (le couple) qui constituent ensemble le véritable être humain.

Enfin, une importante tradition rabbinique se refuse à penser que Dieu aurait prélevé une "côte" d'Adam pour créer Eve, et traduit le mot hébreu "TSELA" non par "côte" mais par "côté". L'androgyne Adam-Eve était primitivement constitué de deux côtés, de deux faces, que Dieu a sciées, comme l'indique le Talmud (Loi Orale) pour séparer le masculin du féminin (comme s'il s'agissait de deux siamois). Littéralement, il faudrait traduire le verset ainsi : "Faisons un humain" ou "Concevons le phénomène humain", l'unité fondamentale étant l'homme et la femme ensemble. Dans l'histoire concrète, l'homme est une "unité double", à l'intérieur de chacun et dans le couple. On ne peut véritablement parler d'homme que lorsqu'il y a un couple formé par un homme et par une femme. Un thème apparaît alors : à travers l'amour, l'homme et la femme recherchent leur unité fondamentale perdue, l'homme et la femme sont les deux moitiés d'un grand Tout originel.

+ Un dernier aspect est représenté par la tradition mystique juive (La Cabale) qui décrit l'origine de la naissance des âmes par dessymboles variés. Il y a un père et une mère de

l'âme comme il y a un père et une mère du corps. Dans toutes les régions d'en haut et d'en bas, tout provient d'un masculin et d'un féminin. De là l'existence de tout ce qui est.

L'axe central de la vie sexuelle, c'est l'union du mâle et de la femelle. La vie conjugale constitue une structure unique, parfaite, à l'image de l'être humain divin, alors que l'homme et la femme, chacun séparément, sont partagés et divisés. Ils ne sont chacun que la moitié d'un corps.

Toutes les âmes sont bisexuelles, avant leur arrivée dans ce bas monde. Ces âmes sont dissociées avant leur introduction dans le corps. Donc, il se produit une union de demi-âmes dans ce bas monde. Il y a donc des âmes masculines et des âmes féminines qui vont se retrouver, normalement, dans des corps mâles et femelles.

Au niveau symbolique, on compare l'univers d'avant la création du monde, à un être androgyne bisexuel, où tous les éléments sont mélangés. Puis, après la création de la terre et du ciel, on met en parallèle l'élément féminin et la terre, l'amour de ce principe et les nuées qui s'élèvent pour former des nuages, l'élément masculin et le ciel, la pluie qui tombe sur la terre avec l'élément mâle fécondant la femelle.

b) Le "Banquet" de PLATON

Lorsqu'on parle de bisexualité en Grèce antique, on pense tout de suite au mythe d'ARISTOPHANE (propos attribués à Aristophane au cours du "Banquet").

+ Reprenons la traduction des termes du récit :

"Effectivement, autrefois, notre nature n'était pas celle que précisément elle est maintenant, mais différente. D'abord, en effet, les hommes se répartissaient en trois genres et non en deux comme c'est le cas maintenant : mâle et femelle mais il y en avait encore une troisième, qui était une synthèse des deux autres, et dont maintenant le nom subsiste, mais qui

lui-même a disparu. Par conséquent, existait alors un androgyne qui, pour la forme comme pour le nom, dérivait des deux autres, puisqu'il était une synthèse du mâle et de la femelle. Maintenant, il n'existe plus, mais il en reste un nom, tenu pour infamant.

"Ensuite, la forme de chacun de ces hommes était un tout circulaire, avec le dos et les côtes en arc, quatre mains, autant de jambes et deux faces reliées à un cou arrondi, tout-à-fait identiques, mais avec une seule tête pour ces deux visages en position opposée, et quatre oreilles et deux sexes et tout le reste, comme on peut se le représenter à partir de ces données ...

"De-là, venaient leur force terrible et leur vigueur, et grand était leur orgueil. Or, ils s'en prirent aux dieux, poursuit Aristophane. Ayant alors conçu de superbes pensées, ils entreprirent de monter jusqu'au ciel pour attaquer les dieux ...

"Zeus prend alors une décision : il me semble que j'ai un moyen de faire à la fois qu'il y ait des hommes et qu'étant devenus plus faibles, ils cessent d'être impudents. En effet, maintenant, je vais les couper chacun en deux, et ils seront à la fois plus faibles et plus avantageux, étant donné que leur nombre augmentera ...

"En disant cela, il coupait les hommes en deux, comme ceux qui coupent les cormes pour les préserver de la pourriture, ou comme ceux qui coupent les oeufs avec un fil ...

"Quand donc sa nature était coupée en deux, chaque moitié, regrettant sa propre moitié, s'unissait à elle. Et elles se passaient les bras autour l'une de l'autre, et elles s'enlaçaient mutuellement, dans leur désir de se fondre en une seule nature. Elles mouraient de faim et de quelqu'autre inertie, parce qu'elles ne voulaient rien faire, séparées l'une de l'autre. Et quand l'une des deux moitiés mourait, celle qui restait en recherchait une autre qui restait, et s'y enlaçait, aussi bien quand elle tombait sur la moitié d'un tout de femme - ce que nous appelons maintenant une femme - que quand elle tombait sur la moitié d'un tout d'homme ...

"Voilà donc que Zeus leur a transporté leur sexe sur le devant. Et, par ce moyen, il a rendu possible la génération mutuelle, par l'action du mâle et de la femelle. Et cela, afin que, dans la copulation, si d'une part il se trouve que c'est un homme avec une femme, il y ait génération et que se perpétue le genre ; et que, si d'autre part il se trouve que c'est un homme avec un homme, il y ait rassasiement et qu'ils mettent un terme à leur union, et qu'ils se tournent vers l'action, et qu'ils se préoccupent d'autres choses dans la vie ...

"Chacun de nous est une moitié d'un être humain puisque, comme les plies, il est le résultat d'un sectionnement qui d'un être en fait deux. Aussi, chacune des parties de cet être cherche-t-elle sa moitié. D'une part, certes, tous les hommes qui sont

un morceau de cet ensemble qui, effectivement, était alors appelé androgyne, aiment les femmes, et la plupart des époux adultères viennent de ce genre. Et toutes les femmes qui aiment les hommes, et celles qui sont des épouses adultères viennent de ce genre. D'autre part, toutes les femmes qui sont un morceau de femme ne tournent pas du tout leur pensée vers les hommes, mais sont plutôt tournées vers des femmes, et c'est de ce genre que viennent les tribades. Par ailleurs, tous les mâles qui sont un morceau de mâle, poursuivent les mâles. D'une part, lorsqu'ils sont enfants, puisqu'ils sont des morcillons de mâle, ils aiment les hommes, et se réjouissent de partager leur couche, et d'être étreints par eux. Et ce sont les meilleurs des enfants et des adolescents, puisque, par nature, ils sont les plus hommes. Certes, on dit qu'ils sont impudiques, mais c'est faux. En effet, ce n'est pas par impudeur qu'ils font cela mais par hardiesse, par virilité et par caractère mâle qu'ils s'attachent à ce qui leur ressemble. Et il en existe une preuve de taille. En effet, quand ils ont grandi, seuls les hommes qui sont tels se dirigent vers les affaires politiques. D'autre part, quand ils sont des hommes, ils sont pédérastes et ils ne tournent pas naturellement leur pensée vers le mariage et la procréation, mais ils y sont forcés par la loi. Pourtant, il leur suffit de passer leur vie ensemble, sans être mariés. Ainsi donc, d'une façon générale, celui qui est tel devient pédéraste ou aimé, puisqu'il s'attache toujours à ce qui lui est apparenté ...

"Quand donc il tombe sur cela même qui est sa moitié, le pédéraste comme tout autre amoureux sont, avec ravissement, frappés d'amitié, de parenté et d'amour, ne voulant pas, pour ainsi dire, être séparés l'un de l'autre, même pour un petit moment. Et ceux là qui passent leur vie ensemble, ce sont ceux là qui ne sauraient même pas dire ce qu'ils voudraient qu'il leur arrivât mutuellement. En effet, il ne semblerait à personne que c'est l'union des sexes qui, en définitive, est le motif de la joie que l'un éprouve à s'unir à l'autre avec le plus grand empressement. Mais il est évident que c'est autre chose que veut l'âme de chacun, quelque chose qu'elle ne peut dire. Mais ce qu'elle veut, elle le conjecture à la manière d'un devin, et l'indique par énigmes.

"Et si à eux, reposant sur la même couche, Hephaïstos, debout avec ses outils à la main, demandait : "qu'est-ce que vous voulez, êtres humains, qu'il vous arrive mutuellement ?", et si à eux embarrassés, il demandait de nouveau : "est-ce cela que vous désirez, être le plus possible mutuellement dans le même lieu, de façon à ne pas vous manquer l'un à l'autre, jour et nuit ? Si en effet, vous désirez cela, je veux vous fondre et vous unir dans la même nature, de sorte qu'étant deux, vous deveniez un, et que tant que vous vivrez, vous viviez l'un et l'autre ensemble comme si vous étiez un, et que, lorsque vous mourrez, de nouveau là chez Hadès, au lieu d'être deux, vous soyez un et que vous mourriez ensemble. Mais voyez si c'est là ce que vous convoitez, et s'il vous suffira que cela arrive". Ayant entendu cela, nous savons que pas un ne refuserait la chose et, bien plus, ne semblerait vouloir quelque chose d'autre. Mais chacun penserait bel et bien, que ce qu'il a entendu, c'est ce qu'effectivement

il désirait depuis longtemps : coïncider avec l'aimé et se fondre en lui, en devenant ainsi un à partir de deux êtres.

"Auparavant, comme je l'affirme, nous étions un et maintenant, à cause de notre injuste conduite, nous avons été séparés par le dieu, comme les Arcadiens par les Lacédémoniens. Par conséquent, il est à craindre que, si nous ne sommes pas en bon rapport avec les dieux, nous ne soyons de nouveau coupés en deux, et que nous allions, pareils aux figures qui, découpées de profil, apparaissent en relief sur les stèles, sciés en deux selon l'axe du nez et devenus pareils aux osselets qu'on coupe en deux. Et bien ! voilà pourquoi il faut recommander à tout homme de témoigner aux dieux, en toute chose, un pieux respect, en vue, à la fois, d'éviter la seconde alternative, et de parvenir avec Eros, pour commandant et stratège, à réaliser la première".

+ <u>l'analyse structurale du mythe d'Aristophane</u> met en évidence quatre parties différentes :

- le récit commence par une description détaillée de l'antique nature humaine (et de ses rapports avec le reste de l'univers).

Cette antique nature humaine comprend trois genres (mâle, femelle, et androgyne) et la forme des êtres humains est particulière puisqu'ils sont doubles. D'où, d'un point de vue mathématique, on peut constituer trois ensembles à partir de deux éléments (M et F) : MM - MF ou FM - FF.

Ces trois genres présentent une forme circulaire et se meuvent de deux façons : soit en ligne droite vers l'avant ou vers l'arrière, soit en tournant sur eux-mêmes, à la manière d'acrobates qui font la culbute.

Ils s'apparentent ainsi, par leur forme et par leur mouvement, aux corps célestes dont ils ont été engendrés à l'origine, le mâle par le soleil, la femelle par la terre, et l'androgyne par la lune (notions qu'on trouve dans la mythologie grecque). La lune apparaît donc comme un être bisexué ; sa bisexualité est indissociable de ses fonctions d'intermédiaire et de médiatrice. Elle devient, par extension, l'astre qui instaure un lien entre le monde des dieux et celui des hommes.

- Puis, c'est la crise entre les hommes et les dieux, dûe à une transgression de l'ordre établi. Elle va entrainer une répression aux péripéties multiples.

Cette transgression dérive directement de l'état ancien de la nature humaine. Ces êtres doubles sont en effet très forts, d'abord parce qu'ils sont doubles, ensuite parce que leur morphologie même (de part la synthèse des sexes) leur assure une quasi invulnérabilité. Ceci étant valable pour l'androgyne (MF ou FM) et pour les êtres MM et FF.

Les transgresseurs (qui voulaient s'en prendre aux dieux en escaladant le ciel) ne sont pas purement et simplement annihilés. Zeus et les autres divinités vont punir les hommes mais en essayant de ne pas modifier l'équilibre antérieur entre les deux partis (pour garder les avantages comme les honneurs et les offrandes qui disparaitraient si les hommes étaient détruits).

D'où la décision de couper les hommes en deux (ce qui va affaiblir leur puissance et augmenter leur nombre), avec en plus une menace sur l'avenir : si les hommes étaient à nouveau tentés de transgresser ce nouvel ordre établi, une répression similaire s'abattrait sur eux et ils seraient à nouveau coupés en deux.

Apollon complétera l'opération en retournant le visage et la moitié du cou de chacun des morceaux coupés par Zeus, du côté de leur coupure pour donner à l'homme le spectacle du châtiment des dieux, et il va fermer cette blessure dûe à la section en ramenant la peau au milieu du ventre des hommes, et en l'attachant à cet endroit (le nombril, reliquat de l'état ancien de la nature humaine). Ceci va permettre la survie de l'espèce.

Mais les hommes vont se mettre à dépérir, d'où l'intervention suivante qui consiste à transposer sur le devant le sexe des êtres humains. Ce qui va permettre l'union sexuelle, qui sera ponctuelle, d'où la possibilité d'avoir du temps pour autre chose.

- la troisième partie parle de l'actuelle nature humaine. Le récit d'Aristophane d'une part rend compte des divers comporte-

ments érotiques de l'être humain, d'autre part explique pourquoi l'union sexuelle ponctuelle s'avère toujours insatisfaisante, et fait resurgir, dans son accomplissement même, la nostalgie d'une union permanente.

Assez curieusement, il existe une hiérarchie entre les différents comportements érotiques : l'amour entre mâles est au premier rang. Vient ensuite l'amour entre êtres humains de sexe opposé. Enfin, l'amour entre femmes arrive en dernière position.

- enfin, le texte se termine par un avertissement aux humains : en effet, Aristophane ne considère pas que ce nouvel état de la nature humaine est assuré de pérennité. S'il y a nouvelle transgression, une répression du même type que la précédente s'abattra sur eux et inaugurera un nouvel état de la nature humaine.

c) Les "Métamorphoses" d'OVIDE

Les extraits de cette oeuvre qui ont retenu notre attention sont d'une part les vers 285 à 388 du Livre IV, "Salmacis et Hermaphrodite", d'autre part les vers 165 à 182, 190 à 210 et 460 à 533 du Livre XII, "Cénis et Cenée".

+ "Salmacis et Hermaphrodite"

"Apprenez pourquoi Salmacis est une source infâme, dont l'eau, par une vertu malfaisante, énerve et amollit les membres qu'elle touche. La cause en est cachée, mais l'influence de ces eaux est partout connue.

"Un enfant, né des amours d'Hermès et d'Aphrodite, fut nourri par les Naïades dans les antres du mont Ida. Il était facile de reconnaître à ses traits les auteurs de ses jours, aussi lui donnèrent-ils son nom.

"A peine avait-il atteint sa quinzième année, il abandonna les monts qui l'avaient vu naître. Loin de l'Ida, où il fut élevé, il aimait à errer dans des lieux inconnus, à visiter des fleuves nouveaux, et sa curiosité allégeait les fatigues du voyage. Il parcourt ainsi les villes de Lycie et la Carie qui l'avoisine.

"Là, ses yeux découvrent un lac dont le cristal laissait voir la terre au fond des eaux. Ni le roseau des marais, ni l'algue stérile, ni les joncs aux dards aigus, ne troublent leur transpa-

rente limpidité. Ce lac a pour ceinture un gazon toujours frais et des herbes toujours vertes.

"Une nymphe l'habite ; inhabile à la chasse, on ne la voit jamais ni tendre l'arc, ni lutter de vitesse avec les hôtes des forêts ; et c'est la seule des Naïades qui soit inconnue à l'agile Diane. On raconte que souvent ses soeurs lui disaient : "Salmacis, prends le javelot ou le carquois à couleurs variées, et mêle à tes loisirs les dures fatigues de la chasse." Mais elle ne prend ni javelot ni carquois aux couleurs variées ; elle ne mêle point à ses loisirs les dures fatigues de la chasse. Tantôt elle baigne dans l'onde pure ses membres gracieux ; tantôt elle démêle ses cheveux avec le buis du cytorus, et consulte pour se parer le miroir des eaux. Quelques fois, couverte d'un voile diaphane, elle repose sur les feuilles légères ou sur le tendre gazon. Souvent elle cueille des fleurs ; elle en cueillait même par hasard au moment où elle vit le jeune berger ; en le voyant, elle désira le posséder.

"Avant de l'aborder, malgré sa vive impatience, elle ajuste avec art sa parure, parcourt des yeux les plis de sa robe, et compose son visage ; elle peut enfin paraître belle. Alors elle s'avance : "Enfant -lui dit-elle- tu mérites d'être pris pour un dieu. Si tu es un dieu, tu ne peux être que Cupidon ; si tu es un mortel, heureux ceux qui t'ont donné le jour ! heureux encore et ton frère et ta soeur, si tu as une soeur, et la nourrice qui t'a donné son sein ! mais heureuse mille fois plus que tous les autres celle qui est ta compagne, ou pour qui tu daigneras allumer le flambeau de l'hymen ! Si tu l'as déjà choisie, qu'un doux larcin soit le prix de ma tendresse ; si ton choix n'est pas fait, puissè-je le fixer et partager avec toi la même couche !"

"A ces mots, la Naïade se tait : l'enfant rougit ; il ignore ce que c'est que l'amour ; mais sa rougeur l'embellit encore. Elle rappelle les couleurs des fruits qui pendent aux rameaux du pommier abrité, ou celles de l'ivoire quand il est teint, ou la rougeur blanchâtre de la lune, lorsque l'airain, appelant en vain des secours, retentit dans les airs.

"La Nymphe implore au moins ces baisers que la soeur reçoit du frère, et déjà elle étendait les mains vers le cou d'albâtre du berger. "Cesse, ou je fuis -lui dit-il- et je te laisse seule en ces lieux".

"Salmacis a frémi : "Etranger, sois libre et maître de cet asile" répondit-elle. A ces mots, elle feint de s'éloigner et, reportant ses regards vers lui, elle se cache sous d'épaisses brouissailles, fléchit le genou et s'arrête.

"L'enfant, avec toute l'ingénuité de son âge, persuadé qu'aucun oeil ne l'observe en ces lieux solitaires, va et revient sur le gazon, plonge dans l'onde riante la plante de ses pieds, et les baigne jusqu'au talon. Bientôt, saisi par la douce tiédeur des eaux, il dépouille les voiles légers qui couvrent ses membres délicats.

Salmacis tombe en extase ; la vue de tant de charmes allume dans son âme de brûlants désirs. Ses yeux étincellent, semblables aux rayons éclatants que reflète une glace exposée aux feux du soleil. A peine peut-elle se contenir, à peine peut-elle différer son bonheur ; déjà elle brûle de voler dans ses bras, déjà elle ne maîtrise plus son délire. Le berger frappe légèrement son corps de ses mains, et s'élance dans les flots. Tandis que ses bras se déploient tour à tour, il apparaît à travers le cristal des eaux aussi brillant qu'une statue d'ivoire, ou que des lis d'une éclatante blancheur, placés sous le verre transparent.

"Je triomphe, il est à moi", s'écrie la Naïade. Et, jetant au loin ses habits, elle s'élance au milieu des flots, saisit Hermaphrodite malgré sa résistance, lui ravit des baisers qu'il dispute, enlace ses bras dans les siens, presse sa poitrine rebelle, et peu à peu l'enveloppe tout entier de ses embrassements. Il lutte en vain pour se dérober à ses caresses ; elle l'enchaine comme le serpent qui, emporté vers les cieux dans les serres du roi des oiseaux, embarrasse de ses anneaux et la tête et les pieds de son ennemi, qu'on dirait suspendu dans les airs, et replie sa queue autour de ses ailes étendues ; tel on voit le lierre s'entrelacer au tronc des grands arbres ; tel encore le polype saisit la proie qu'il a surprise au fond des eaux, et déploie ses mille bras pour l'envelopper.

"Le petit-fils d'Atlas résiste et refuse à la Nymphe le bonheur qu'elle attend ; elle le presse de tous ses membres ; et, s'attachant à lui par la plus vive étreinte : "Tu te débats en vain, cruel -s'écrit-t-elle- tu ne m'échapperas pas. Dieux, ordonnez que jamais rien ne puisse le séparer de moi, ni me séparer de lui."

"Les dieux ont exaucé sa prière : leurs deux corps réunis n'en forment plus qu'un seul ; comme on voit deux rameaux attachés l'un à l'autre croître sous la même écorce et grandir ensemble, ainsi la Nymphe et le berger, étroitement unis par leurs embrassements, ne sont plus deux corps distincts : sous une double forme, ils ne sont ni homme ni femme : ils semblent n'avoir aucun sexe et les avoir tous deux.

"Voyant qu'au sein des eaux, où il est descendu homme, il est devenu moitié femme, et que ses membres ont perdu leur vigueur, Hermaphrodite lève ses mains au ciel, et s'écrie d'une voix qui n'a plus rien de mâle : "Accordez une grâce à votre fils, qui tire son nom de vous, ô mon père ! ô ma mère ! Que tout homme, après s'être baigné dans ces ondes, n'ait, quand il en sortira, que la moitié de son sexe : puissent-elles, en le touchant, détruire soudain sa vigueur !"

"Les auteurs de ses jours furent sensibles à ce voeu : ils l'exaucèrent pour consoler leur fils de sa disgrâce, et répandirent sur ces eaux une essence inconnue."

+ "Cénis et Cénée"

"L'exploit dont ils parlent le plus, c'est la récente défaite de Cycnus. Tous s'étonnent que ce guerrier fût invulnérable et que le fer s'émoussât sur son corps : le petit-fils d'Eaque s'en étonne avec eux. Mais Nestor : "Cycnus -dit-il- est le seul guerrier de votre âge qui ait pu mépriser les atteintes du fer, et qu'aucune arme n'ait pu blesser ; mais moi-même autrefois, j'ai vu, frappé de mille coups et le corps sans blessure, le Thessalien Cénée ; Cénée, fameux par ses exploits, et qui vit le jour sur les sommets de l'Othrys ; sa valeur fut d'autant plus merveilleuse qu'il était né femme."

"Tous sont émus au récit de ce prodige inouï jusqu'alors. Tous prient Nestor d'en raconter les détails, Achille surtout : "Parle -dit-il- car tous nous sommes également curieux de t'entendre ; parle, éloquent vieillard, vivante sagesse de notre âge. Dis-nous quel fut ce Cénée, comment il eut deux sexes, dans quelle guerre, dans quel combat tu le connus, quel guerrier le vainquit, si quelqu'un put le vaincre" ...

"Cénis fut la plus belle des vierges de Thessalie, et sa beauté fut célèbre et dans la ville où tu reçus le jour, ô toi, fils de Pélée, et dans celles qui en sont voisines. Mille amants la recherchèrent en vain. Pélée, ton père, eût peut-être lui-même désiré cette alliance, mais déjà la main de Téthis lui était ou donnée ou promise. Cénis refusa tous ces amants ; mais on dit que, sur le rivage désert, le dieu des eaux la surprit et lui fit violence. Neptune, charmé des plaisirs nouveaux qu'il vient de goûter : "Fais un voeu -dit-il à Cénis, et tu le verras accompli sur l'heure." On dit encore que Cénis lui répondit : "L'outrage que tu m'as fait me dicte ma demande ; que désormais je n'aie pas à en souffrir un semblable : accorde-moi de n'être plus femme, et tu auras comblé tous mes voeux." Cénis a prononcé d'un son de voix plus grave ces dernières paroles. Cette voix semble être, ou plutôt est en effet celle d'un homme. Déjà le dieu des mers a exaucé le voeu de Cénis, et, en outre, a rendu son corps impénétrable au fer. Le nouveau guerrier se retire tout joyeux de ses dons : désormais, il se livre aux belliqueux travaux des hommes, et parcourt les champs qu'arrose le Pénée ...

"Cénée avait terrassé cinq guerriers, Stiphébus, Bromus, Antimaque, Hélimus et Pyracmon, armé d'une hache. Je me rappelle seulement le nombre et le nom des victimes ; j'oublie quelles furent leurs blessures. Couvert des dépouilles du Thessalien Halésus qu'il vient de mettre à mort, Latrée, l'immense Latrée, vole à la rencontre de Cénée. Latrée n'est plus jeune, mais n'est pas vieux encore ; des cheveux blancs ombragent ses tempes, mais il conserve encore toute la vigueur de la jeunesse. Armé d'un glaive, d'un bouclier, d'une pique macédonienne, il se place au milieu des deux troupes ennemies, frappe ses armes, et, promenant ses regards sur l'un et l'autre côté, fait tourner son cheval dans un cercle rapide ; puis il prononce ces paroles orgueilleuses : "Penses-tu donc que ma main ne punira pas ton audace, Cénis ? car, pour moi, tu ne seras jamais que Cénis, tu ne seras jamais qu'une femme.

As-tu donc oublié ta première origine ? Ta mémoire ne te rappellerait-elle plus à quel prix tu obtins cette apparence mensongère d'un homme ? Souviens-toi que tu naquis Cénis, souviens-toi de ton outrage, et va reprendre les fuseaux et le lin ; laisse la guerre aux guerriers." Il parlait ; Cénée lui perce le flanc de son javelot à l'endroit où finit l'homme et commence le cheval. Furieux de douleur, le Centaure frappe de sa pique le visage sans défense de Cénée : l'arme rebondit comme la grêle qui tombe sur un toit, ou comme un léger caillou lancé sur la peau tendue d'un tambour. Latrée attaque de près son ennemi, cherche à lui plonger son épée dans les flancs ; mais en vain, son épée ne peut trouver un passage. "Ah ! tu n'échapperas pourtant pas à la mort !" s'écrit-il. Puisque sur toi la pointe de mon glaive s'émousse, le touchant t'immolera peut-être". Il dit, tourne son glaive, et mesure les flancs de Cénée de son large tranchant : le coup retentit comme si le glaive avait frappé du marbre, et la lame vole en éclats.

"Après avoir ainsi quelque temps offert son corps invulnérable aux coups du Centaure étonné : "A mon tour maintenant -dit Cénée- je veux voir si ton corps est impénétrable à mon fer". Il dit, et enfonce son glaive jusqu'à la garde dans les flancs du Centaure. Il le retourne, il l'agite dans ses entrailles, et fait des blessures nouvelles dans sa blessure. A cette vue, les compagnons de Latrée poussent des cris de rage, s'élancent, dirigent tous leurs traits contre un seul guerrier. Leurs traits retombent émoussés. Cénée est sans blessure. Ce prodige les étonne : "Honte à nous ! s'écrie Monychus ; tout un peuple est vaincu par un seul homme, et encore, si c'est un homme, il ne le doit qu'à son infamie. A quoi nous servent donc nos vastes corps et notre double force ? Que nous sert cette double nature qui réunit en nous la vigueur des deux êtres les plus vigoureux ? Non, nous ne sommes pas les fils d'une déesse ; nous ne sommes pas les fils d'Ixion, qui fut si grand qu'il put porter ses désirs jusque sur l'épouse du maître des dieux. Et voici que nous sommes vaincus par un ennemi qui n'est pas même un homme ! Compagnons, roulons sur lui des rochers, des arbres, des monts tout entiers ; ensevelissons-le tout vivant sous leur immense dépouille. Qu'une forêt l'étouffe, et que le poids lui serve de blessure." Il dit, aperçoit un vieux tronc rompu par les efforts des vents et le lance contre l'ennemi. Cet exemple est suivi : en un instant, l'Othrys est dépouillé, le Pélion a perdu son ombrage. Enseveli sous ces vastes débris, Cénée, haletant soutient l'énorme fardeau sur ses fortes épaules. Mais enfin les arbres s'entassent au-dessus de sa bouche, couvrent sa tête et ferment tout passage à la respiration. Tantôt il retombe accablé, tantôt il cherche en vain à se dégager et à soulever la forêt qui le presse : tel on voit l'Ida vaciller, ébranlé par de sourds tremblements. Ce que devint Cénée, on l'ignore. Les uns pensent qu'écrasé sous l'Othrys et le Pélion, il est descendu dans les abîmes du Tartare. Mais le fils d'Ampycus a vu du milieu des arbres amoncelés sortir un oiseau au sombre plumage, qui s'est élancé dans les plaines des airs ; moi-même j'ai vu cet oiseau merveilleux pour la première et la dernière fois. Mopsus le voit planant d'un vol léger au-dessus de notre troupe. Il l'entend pousser des cris éclatants, il le suit tout à la fois de la pensée

et des yeux : "Salut à toi, s'écrit-il, gloire du nom Lapithe ; salut à toi, Cénée, autrefois invincible guerrier, oiseau maintenant unique entre tous les oiseaux." Ce prodige est cru sur la foi du devin."

2° - Les répercussions sociologiques : les rites initiatiques.

Hermaphrodite est un mythe pur, né de la pensée de l'Homme cherchant à tâtons sa place dans le monde et projetant la représentation la plus capable à la fois de rendre compte de ses origines et de symboliser quelques unes de ses aspirations.

Il s'agit plus d'une idée que d'une personne.

a) C'est ainsi que le travestissement apparaît au cours de certaines cérémonies rituelles. Il représente une sorte de ruse pour éloigner les esprits hostiles.

+ on le retrouve dans certains usages nuptiaux en Grèce.

A Sparte, la jeune épouse a la tête rasée, elle met des chaussures et des vêtements masculins, puis elle s'étend seule sur le lit, sans lumière, là où le mari vient la rejoindre à la dérobée.

En Argos, la mariée se met une fausse barbe pour la nuit de noce.

A Cos, le mari met des vêtements féminins pour recevoir sa femme.

+ En Crète antique, une légende raconte que Lampros, citoyen de Phaestos, était pauvre et sa femme Galatée se trouvant enceinte, il lui annonça qu'il n'élèverait l'enfant que si c'était un garçon. Ce fut une fille. Ne pouvant se résoudre à l'exposer, Galatée la vêtit en garçon et la nomma Leuccippos. Quand il lui devint

difficile de dissimuler plus longtemps le sexe de l'enfant, elle supplia la déesse Leto de transformer la petite en garçon, ce qui lui fut accordé.

Les gens de Phaestos commémorent cet évènement en sacrifiant à Leto Phytia, parce qu'elle a donné un membre viril à la jeune fille. Ils nomment la fête "Ekdysia", le Dévêtement, en souvenir du moment où Leucippe s'est dévêtue du péplos féminin.

Il est de règle que la fiancée, avant la noce, dorme à côté d'une image de Leucippe. Cette image est une statue phallique, en vêtement de femme, symbole de bisexualité.

Lors de rites de passage (d'accès à la majorité), il y avait une cérémonie collective où des garçons couverts de robes de femme, les enlevaient, pour prendre les vêtements de leur sexe. L'image directrice est celle d'un être double : le principe féminin est affirmé chez le candidat à l'initiation au moment même où il va le dépuuiller (pour tromper les puissances malfaisantes).

+ Autre exemple : La légende des Amazones, qui sont des femmes porteuses d'armes, confrontées à des hommes déguisés en femmes.

C'est ainsi que les Argiens célébraient une fête (Hybristika) où les femmes s'habillaient en homme et réciproquement. Cette androgynie symbolique ayant une valeur positive et bénéfique, chacun des deux sexes recevant quelque chose des pouvoirs de l'autre.

b) Bien que l'androgynie, dans l'esprit hellénique, signifiait un état très élevé de la nature et du devin, comme le prouvent les traditions concernant les déesses qui conçoivent seules, ainsi que les mythes élaborés par les philosophes, la naissance d'un enfant présentant une conformation anormale des organes génitaux externes était considérée comme une monstruosité. Quand un enfant naissait avec des signes réels ou apparents d'hermaphro-

disme, la communauté toute entière se jugeait en danger, menacée par la colère des dieux. Pour en conjurer les effets, il fallait d'abord supprimer l'enfant anormal, chargé des fautes dont il était le signe. Sa présence était considérée comme maléfique.

Parmi les auteurs latins, PLINE a décrit le peuple des androgynes en Scytie : "Ces êtres réunissent les deux sexes et ils en usent tour à tour. Aristote ajoute que chez tous, le sein droit est celui de l'homme, le gauche celui de la femme. De plus, on connait des femmes qui se sont changées en hommes. Ce n'est pas une fable ! Telle une fille de Cassinum, qui vivait chez ses parents et qui devint un garçon ; les aruspices la firent déporter sur une île déserte."

TITE LIVE considère les enfants androgynes comme des bêtes difformes : "Toutes ces choses paraissent être le fait d'une nature qui aurait confondu et brouillé les germes. On eut surtout horreur des hermaphrodites ; ils furent conduits à la mer." (Cette mort était choisie pour que personne ne se souillât de leur sang).

DIODORE de Sicile raconte que vers 90 avant Jésus-Christ, une femme des environs de Rome devint un homme. Le mari exposa l'affaire au Sénat, et sur les conseils des aruspices, la femme fut brûlée vive.

A Athènes, les enfants dont le sexe était douteux, à la naissance, étaient exposés, noyés ou brûlés. Ceux qui en changeaient à la puberté subissaient le même sort.

Donc, au total, la notion d'androgynie occupait les deux pôles du sacré :

- pur concept, pure vision de l'esprit, elle est chargée des plus hautes valeurs ;

- actualisée en un être de chair et de sang, elle est

une monstruosité, et rien de plus. Elle atteste la colère des dieux contre le groupe qui a eu le malheur de la révéler ; on se débarrasse le plus vite possible des malheureux qui la représentent.

c) L'initiation est le rite par lequel le jeune homme est affirmé comme étant pleinement homme, avec les droits et les devoirs qui sont ses prérogatives ; c'est un rite qui affirme sa virilité. Lorsque l'initiation existe pour les femmes, elle affirme leur féminité ; mais, par une contradiction interne qui sera sa particularité, la virilité chez le garçon n'est affirmée que pour être en même temps niée par un rite spécial, circoncision ou subincision ; de même, chez la femme.

+ Dans le symbole rituel, un pôle ne s'affirme que pour mieux aussitôt se nier, soit que les deux sexes soient simultanément réunis, soit qu'une alternance se fasse de l'un à l'autre, donnant le sentiment de l'incomplétude de l'un sans l'autre dans le même individu.

L'efféminisation des signifiés mâles est mise en relief dans certaines tribus, par l'habillement en femme. L'initiation est la cérémonie qui affirmela plénitude de chaque sexe, mais l'affirme après avoir non moins fortement affirmé dans le même individu, le sexe opposé.

Dans certaines tribus, on pratique la subincision qui consiste en la perforation du pénis par en dessous, de façon à former une sorte d'hypospadias artificiel. Il arrive que le subincisé soit désigné comme "celui qui possède une vulve". On a ainsi interprété : "L'initié, que la nature a doté d'un membre viril, doit recevoir la partie sexuelle féminine pour devenir un être parfait."

D'ailleurs, dans certaines tribus d'Océanie, dès que le sujet a été subincisé, les hommes adultes se servent de lui comme d'une femme en des actes de pédérastie rituelle. On peut

alors dire qu'un sexe ne s'affirme que pour être aussitôt nié par l'affirmation du sexe opposé de la même personne.

+ Dans quelques cas, le caractère magique ou sacré reste dévolu à un seul homme qui est chargé de la relation avec les puissances ocultes. Cet homme est alors marqué par l'exceptionnel de la transgression : tel le Chaman de Sibérie qui adopte, à la révélation de ses dons, les usages féminins, le travestisme ; tel le Berdach dans certaines tribus indiennes d'Amérique qui vit en femme et forme un couple avec un autre homme.

+ Il existe enfin des états homosexuels institutionnalisés : le garçon adopte (vers sept ans dans les Célèbes en Indonésie) le comportement féminin ; de même aux Indes, on appelle Hinjin de tels travestis. Il semble qu'il s'agisse ici d'une sorte d'"enclave", de "réserve", où une société, d'ailleurs hostile en général à l'homosexualité, comme aux Indes, fasse une place à une caste particulière.

II - LE "SUPPORT" MEDICAL DE LA BISEXUALITE

Nous allons tenterdans cette partie, d'analyser les données de l'embryologie et de l'endocrinologie.

1° - Sur le plan de l'embryologie

Le foetus humain est bipotentiel, non seulement en ce qui concerne les gonades, mais aussi les organes génitaux internes et externes.

a) Différenciation des gonades

Jusqu'à la septième semaine de la vie embryonnaire, l'ébauche gonadique est indifférenciée. C'est ainsi qu'elle apparaît durant la cinquième semaine et elle se présente sous la forme d'un épaississement de l'épithélium coelomique (germinal) sur le versant médian du mésonephros. La prolifération de l'épithélium dans le mésenchyme sous jacent constitue les cordons sexuels primaires. Au cours de la sixième semaine, les cellules germinales primordiales migrent à partir de la vésicule vitelline le long du mésentère dorsal vers les crêtes gonadiques.

Au cours de la septième semaine, va débuter la différenciation sexuelle, déterminée par le sexe chromosomique (XX ou XY) : chez le foetus mâle, les cordons sexuels primaires englobent les cellules germinales primitives et se différencient en tubules séminipares contenant les cellules de SERTOLI, alors que chez le foetus féminin, une autre génération de cordons prolifère à partir de l'épithélium germinal.

Ces cordons sexuels primaires corticaux restent quiescents jusqu'au début du quatrième mois alors qu'ils se dispersent pour donner naissance aux cellules de LEYDIG ; dans les

ovaires, ils donnent naissance à la thèque et aux cellules du stroma.

Le développement testiculaire normal dépend d'un gène situé sur le chromosome Y qui contrôle l'antigène H-Y. L'absence de chromosomes Y ou de cette portion qui contient le ou les gènes qui déterminent le sexe masculin, permet alors au développement ovarien de s'installer de façon passive.

b) Différenciation du tractus génital

Tôt au cours de la gestation, le foetus possède à la fois des canaux de MULLER et des canaux de WOLFF. Les cellules de SERTOLI contenues dans les testicules foetaux normaux produisent un polypeptide responsable de la suppression du développement du canal de MULLER du même côté. Les cellules de LEYDIG, sous l'influence des gonadotrophines chorioniques, sécrètent de la testostérone, l'agent responsable de la différenciation des canaux de WOLFF en épididyme, canal déférent et vésicules séminales. L'absence de cellules de SERTOLI et de LEYDIG chez le foetus féminin normal permet la régression des canaux wolffiens et le développement des canaux mullériens en trompes de FALLOPE, utérus et partie supérieure du vagin.

c) Différenciation des organes génitaux externes

Le sinus urogénital et le bourgeon génital primitif sont également ambivalents. S'il y a une quantité suffisante de testostérone fournie par les cellules de LEYDIG foetales, ces structures donnent naissance à la prostate, au gland et au corps du pénis contenant l'urètre pénien, et au scrotum. L'absence de testicule foetal chez le foetus féminin permet au sinus urogénital de se différencier en canaux urinaire et vaginal séparés, alors que le bourgeon génital devient le clitoris, les petites et les grandes lèvres.

d) Au total donc, il apparaît que l'embryogénèse sexuelle peut être comprise comme une différenciation à partir d'une bisexualité originelle, à la fois wolffienne et mullérienne.

La masculinisation embryonnaire est un processus actif qui se fait sous l'influence de la sécrétion des testicules. La féminisation est un phénomène passif qui ne nécessite l'intervention d'aucune sécrétion endocrinienne. C'est ainsi qu'expérimentalement, la castration d'un embryon masculin XY provoque l'apparition d'une morphologie interne féminine.

Par extension, on peut penser que le sexe des vertébrés établi selon des bases chromosomiques, était probablement représenté, à l'origine, par un état d'hermaphrodisme ou de bisexualité non déterminée ; les gènes causant la différenciation sexuelle provenant, semble-t-il, d'une série de mutations. Cette étape était suivie par l'accumulation de gènes mutants favorisant un sexe dans un chromosome et l'autre sexe dans un autre chromosome.

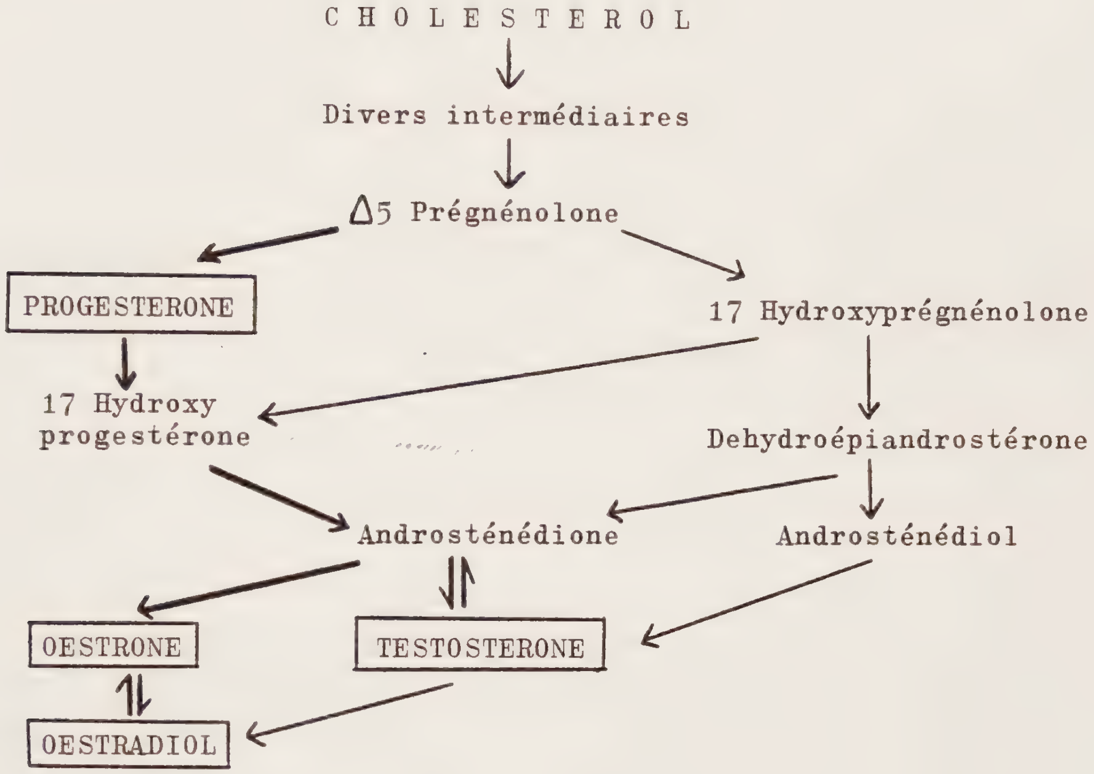
Un tel phénomène peut d'ailleurs être encore observé chez la plupart des poissons. Les oiseaux et les mammifères possèdent deux types de chromosomes sexuels bien différenciés.

2° - En ce qui concerne l'endocrinologie, il nous apparaît intéressant de préciser les points suivants :

a) Il existe une analogie dans l'équipement enzymatique des cellules chargées de la biosynthèse des hormones sexuelles, stéroïdes surrénaux, testiculaires et ovariens, à partir du cholestérol.

Au début de la chaine qui conduit à la synthèse de tous ces stéroïdes, la progestérone constitue un intermédiaire commun. Par la suite, on aura des maillons différents en fonction des enzymes de chaque type de cellule.

Pour visualiser ce fait, on pourrait schématiser ainsi sur un même tableau la synthèse des hormones sexuelles :



b) De là découle le fait qu'on retrouve aussi bien chez l'homme que chez la femme normaux, une certaine quantité d'hormones sexuelles du sexe opposé.

Par exemple, chez l'homme normal, la teneur plasmatique en testostérone est de l'ordre de 0,5 g pour cent, et chez la femme normale de 0,1 g pour cent.

Certains oestrogènes (comme l'oestradiol 17 β et l'oestrone) ont été retrouvés dans des extraits de testicules d'homme normal et aussi dans le sang des veines spermatiques. Mais sa concentration est très faible et la quantité de métabolites urinaires retrouvés dans les urines correspond à peine au dixième de celle excrétée par la femme au moment de l'ovulation.

c) Enfin, la régulation de la sécrétion des hormones sexuelles aussi bien chez l'homme que chez la femme est sous l'étroite dépendance du système hypothalamohypophysaire, par l'intermédiaire de la FSH et de la LH ou ICSH (stimulines hypophysaires).

III - LA BISEXUALITE PSYCHIQUE

Il s'agit d'une notion introduite par FREUD sous l'influence de FLIESS.

La théorie de la bisexualité se fonde d'abord sur des données de l'anatomie et de l'embryologie (existence chez tout individu de vestiges du sexe opposé). Pour FLIESS, "le sexe dominant dans une personne a refoulé dans l'insconscient la représentation psychique du sexe secondaire ; c'est pourquoi, le fond même de l'inconscient (c'est-à-dire le refoulé) est chez tout individu, ce qui appartient au sexe opposé." FREUD résume en ces termes l'interprétation de FLIESS : "Le sexe ... dominant dans la personne aurait refoulé dans l'inconscient la représentation psychique du sexe vaincu."

En fait, W. FLIESS donnait aux faits indiquant une bisexualité biologique, une portée considérable : la bisexualité est un phénomène humain universel et qui ne se limite pas, par exemple, au cas pathologique de l'homosexualité ; elle est à l'origine de conséquences psychologiques essentielles. Ceci explique que FLIESS a interprété la théorie freudienne du refoulement en invoquant le conflit qui existe chez tout individu entre les tendances masculines et féminines.

FREUD a maintenu dans toute son oeuvre la notion de bisexualité psychique. Ainsi, dans les "Trois essais sur la théorie de la sexualité" (1920), il écrit : "Si l'on veut maintenir la théorie de l'hermaphrodisme psychique, tout au moins faut-il avoir soin d'ajouter qu'une corrélation régulière entre ses différentes manifestations ne peut être suffisamment établie ... Il nous faut tenir compte d'une disposition bisexuelle ; mais nous ne savons pas quel en est le substratum anatomique."

FREUD n'a pas dégagé franchement une position à l'égard du problème de la bisexualité. En 1930, il écrit : "... la théorie de la bisexualité comporte encore de nombreuses obscurités et nous ne pouvons qu'être sérieusement gênés en psychanalyse de n'avoir pas encore pu en trouver le lien avec la théorie des pulsions."

Bien que l'importance psychologique de la bisexualité a été soulignée par FREUD tout au long de son oeuvre, on pourrait ainsi résumer ses réserves et ses hésitations sur ce thème :

- le concept de bisexualité supposerait que les notions de masculinité et de féminité soient bien établies. Or, ce sont des concepts qui ont une signification différente selon qu'on parle de biologique, de psychologique ou de sociologique. D'ailleurs souvent ces significations sont mêlées et il est très difficile d'établir des équivalences entre chaque niveau.

- FREUD a rejeté le concept métapsychologique de FLIESS ; il écrit dans "Analyse terminée et analyse interminable" (1937) : "Je refuse de sexualiser de telle manière le refoulement, c'est-à-dire d'en fonder l'origine sur des bases biologiques."

Car une telle conception conduit à déterminer à priori la modalité du conflit défensif, la force refoulante étant du côté du sexe biologique manifeste, le refoulé étant le sexe opposé. Or FREUD précise "... qu'il existe chez des individus des deux sexes des motions pulsionnelles aussi bien masculines que féminines pouvant devenir les unes et les autres inconscientes par refoulement."

Cependant, dans un texte de 1937 qui insiste sur le complexe de castration (dont les données biologiques ne suffisent pas à rendre compte), FREUD semble avoir une position qui se rapproche de celle de FLIESS en admettant que c'est "... ce qui va à l'en-

contre du sexe du sujet qui subit le refoulement" (à savoir l'envie du pénis chez la femme, l'attitude féminine chez l'homme).

- Enfin, le concept de bisexualité s'est trouvé en opposition croissante dans son oeuvre avec l'idée de la prévalence du phallus pour les deux sexes, idée qu'il a affirmée toujours plus nettement.

Si on dressait un bilan sur ce que FREUD a écrit sur la bisexualité, on retiendrait :

- que la bisexualité biologique est restée pour lui du début à la fin, une base fondamentale de sa théorie ;

- qu'il reconnait la rareté des preuves montrant son existence ainsi que le peu d'enrichissement de cette notion au cours de ses quarante années de recherche ;

- le fait que cette notion n'a pas ouvert la voie à de nouvelles intuitions.

Les contemporains et les successeurs de FREUD ont donné à cette problématique, des résultats très divers. Certains ont affirmé la bisexualité comme fait et concept fondamental de la psychanalyse (ADLER, JUNG, GRODDECK, FERENCZI ...). D'autres ont nié purement et simplement ce concept (RADO ...). Enfin, tous les intermédiaires entre ces deux positions extrêmes se retrouvent dans la littérature psychanalytique.

Toujours est-il qu'on peut retenir que lorsqu'on parle de psychosexualité masculine ou de psychosexualité féminine, il faut avoir présent à l'esprit non pas une bipartition tranchée, mais une modalité de répartition de l'économie libidinale, avec une organisation à dominance masculine chez l'homme (normal) et à dominance féminine chez la femme (normale).

QUATRIEME PARTIE

-.-

CONCEPT DE TRANSSEXUALITE

Dans cette quatrième et dernière partie, nous allons essayer d'analyser en détails cette étrange affection qu'est le transsexualisme, et tenter d'entrevoir des solutions possibles à ce problème douloureux, provoquant souvent des réactions passionnelles et violentes.

C'est ainsi, qu'après un bref historique, nous nous attacherons à développer les données actuelles médicales (y a-t-il une base organique au transsexualisme, génétique, endocrinologique, neurologique ou autre ?) ; puis, nous étudierons cette affection sur le plan psychologique, en essayant de la classer dans la nosologie psychiatrique, et en réalisant une approche psychanalytique ; dans un quatrième paragraphe, nous verrons les difficultés rencontrées dans ce domaine tant au niveau thérapeutique (psychothérapie, hormones, chirurgie), que sur le plan médico-légal (changement de sexe, changement d'Etat Civil, prise en charge de la Sécurité Sociale) ; enfin, nous terminerons en proposant des solutions sur le plan médical, médico-légal et social.

I - BREF HISTORIQUE

Une recherche historique sur le transsexualisme pose certains problèmes car il est évidemment très difficile de retrouver dans l'histoire un phénomène qui n'a été décrit que depuis quelques années. Le terme lui-même a été utilisé par CAULDWELL en 1950, alors que MARCUSE en 1916 décrivait un type d'inversion psychosexuelle qui avait débuté par une demande de changement de sexe, et ABRAHAM (en 1931) a rapporté la première observation de transformation chirurgicale effective. Auparavant, WESTPHAL avait décrit un phénomène qu'il nomma "Façon de se sentir sexuelle contraire", dans lequel on retrouve quelques aspects du transsexualisme, tandis que KRAFFT-EBING (en 1894) décrivait une forme de travestissement comme une "métamorphose sexuelle paranoïaque" qu'aujourd'hui, on pourrait assimiler au transsexualisme. Le terme "Transsexualisme" a été vulgarisé par HARRY BENJAMIN dans les années 60.

Malgré l'apparition tardive d'une définition de ce phénomène, il faut essayer de le replacer a posteriori dans ce que nous a légué l'histoire. Parce que les changements de sexes, par des méthodes chirurgicales ou autres, étaient irréalisables avant le XXe siècle, on doit se contenter, sur le plan historique, d'étudier ce qu'on pourrait appeler les états de transsexualisme avant l'intervention. Bien sûr, la castration a été utilisée tout au long de l'histoire, et la pénectomie n'était pas inconnue, mais il n'est pas toujours évident que les personnes ayant subi ces mutilations désiraient un quelconque changement de sexe. La castration était une opération dangereuse avec un taux de mortalité élevé et beaucoup de ceux qui la subissaient, n'avaient pas le choix en la matière. La même chose était vraie pour les pénectomies qui, dans le passé, étaient souvent fatales. De plus, si on laisse de côté ces groupes, est-il possible de distinguer un travesti d'un transsexuel ou d'un homosexuel ? A l'exception de quelques cas comparables, aucun diagnostic définitif peut être précisé pour les affections médicales de la plupart des patients dans le passé, et à cet égard, le transsexualisme ne fait pas exception. Au point

de vue historique, le meilleur moyen de procéder pour étudier le transsexualisme dans le passé, est de prendre en considération les individus qui ont attiré l'attention en se travestissant ou en se désignant eux-même comme des membres du sexe contraire à leur anatomie. Sur le plan historique, la meilleure façon de distinguer le transvestisme du transsexualisme se fait en reprenant la définition de BENJAMIN (1966) qui, considérant ces deux affections comme des formes de perturbation de l'identité sexuelle, désigne le transsexualisme comme étant l'état pathologique le plus grave. Bien que cette définition soit moins élaborée que d'autres (comme celle de STOLLER, 1968), elle présente des avantages pour cerner le problème sur le plan historique.

Il nous a semblé intéressant de relater quelques cas probables de transsexualisme depuis l'époque de MONTAIGNE (1580) en disant quelques mots sur l'Abbé de Choisy (1644-1724) et le Chevalier d'Eon de Beaumont (1728-1810), en insistant surtout sur les descriptions faites en Europe et en Amérique depuis 1800. On laissera de côté les aspects mythologiques et historiques très anciens, et l'époque médiévale.

1° - Cas de femmes transsexuelles

a) Dans le "Journal de Voyage en Italie", écrit par MONTAIGNE, on trouve à la date du 10 Septembre 1580, le récit suivant qui semble nous présenter un cas de transsexualisme féminin : "... depuis peu de jours, il avait été pendu à un lieu nommé Montirandet, voisin de là, pour telle occasion. Sept ou huit filles d'autour de Chaumont en Bassigni complotèrent, il y a quelques années, de se vêtir en mâles et continuer ainsi leur vie par le monde. Entre les autres, l'une vint en ce lieu de Vitry sous le nom de Mary, gagnant sa vie à être tisserand, jeune homme bien conditionné et qui se rendait à un chacun ami. Il fiança audit Vitry une femme, qui est encore vivante ; mais pour quelque désaccord qui survint entre eux, leur marché ne passa plus outre. Depuis, étant allé audit Montirandet, gagnant toujours sa vie audit métier, il devint amoureux d'une femme laquelle il avait

épousé, et vécut quatre ou cinq mois avec elle avec contentement à ce qu'on dit ; mais, ayant été reconnu par quelqu'un du dit Chaumont et la chose mise en avant à la justice, elle avait été condamnée à être pendue : ce qu'elle disait mieux souffrir que de se remettre en état de fille. Et fut pendue pour des inventions illicites à suppléer au défaut de son sexe".

b) L'abbé de Choisy et le Chevalier d'Eon n'étaient probablement pas des transsexuels, le doute persistant surtout pour le Chevalier. En ce qui concerne Choisy, son autobiographie permet de le ranger dans la description classique du transvestisme. Le cas du Chevalier d'Eon est plus complexe du fait que les premières biographies le concernant étaient largement romancées. L'histoire de sa vie la plus récente montre qu'un grand nombre de faits connus sur lui étaient faux, et le Chevalier apparaît aujourd'hui plus comme victime de manipulations politique et financière que maître de son propre destin. En se fondant sur quelques lettres écrites par lui, son cas apparaît ambigu, et on ne peut le considérer ni comme un travesti classique, ni comme un transsexuel. Le Chevalier lui-même résume son état ainsi : "Je suis assez affligé d'être comme la nature m'a fait, et par le fait que la froideur de mon tempérament naturel ne m'ayant jamais poussé à la recherche de plaisir, entraine mes amis à imaginer en toute bonne foi aussi bien en France qu'en Russie ou en Angleterre, que j'appartiens au sexe féminin. La malveillance de mes ennemis n'a fait que confirmer tout ça ... Si le Grand Maître de l'Univers ne m'a pas doté de toute la vigueur apparente de la virilité, Il a largement compensé en me donnant ma tête et mon coeur ... Je suis ce que les mains de Dieu m'ont fait ; satisfait de ma faiblesse, je ne changerais pas pour la force cruelle du Maréchal de Saxe (connu pour sa grande puissance), même si cela était en mon pouvoir."

c) Un meilleur exemple de transsexualisme est représenté par James BARRY (1795 - 1865), un chirurgien militaire anglais, inspecteur général des hôpitaux qui, à sa mort, a été découvert

comme étant du sexe féminin, ou du moins on a prétendu cela. Comme pour le Chevalier d'Eon, de nombreuses histoires à moitié fictives ont été racontées sur sa vie, mais des propos rapportés plus récemment paraissent plus sérieux et bien documentés. D'aussi loin qu'on puisse actuellement faire remonter son histoire, BARRY avait été élevé comme un garçon, avait été envoyé à l'école de médecine comme un homme, et a vécu homme le reste de sa vie, bien qu'à plusieurs reprises, il fut suspecté de ne pas être un homme normal. Ce ne fut qu'à sa mort en 1865 quand son corps fut préparé pour l'enterrement qu'on a découvert qu'il était une femme. On avait déjà affirmé que BARRY était mâle sur le plan génétique, mais atteint d'un syndrome de Klinefelter, mais il n'y a aucune preuve aujourd'hui permettant de confirmer ou d'infirmer ce fait.

d) Un cas quelque peu plus discutable est celui du Docteur Mary WALKER. Mary WALKER servit pendant une courte période dans l'armée des Etats-Unis durant la Guerre Civile et plus tard demanda le droit de porter des pantalons par une action auprès du Congrès. Ceci pourrait bien être le cas, bien qu'il n'y ait aucune trace aujourd'hui d'une telle requête. Certains l'ont classée comme une féministe car elle était un défenseur acharné des droits de la femme, et elle affirmait que c'était seulement en modifiant la façon de s'habiller de la femme que celle-ci pourrait aller de l'avant. Elle-même commença par porter des pantalons longs sous ses habits, mais très vite, elle adopta l'habit masculin habituel. En dépit d'une hostilité et d'un ostracisme importants, elle continua à s'habiller et à agir comme un homme.

e) Henry FIELDING, romancier du XVIIIe siècle, écrivit "Le mari de sexe féminin" ("Female husband"), une nouvelle fondée sur un cas réel d'une femme qui se faisait passer pour un homme de façon si parfaite qu'elle prit pour épouse une autre femme qui pensait s'être mariée avec un homme. FIELDING a tiré son histoire d'un article de journal de l'époque, et c'est dans les journaux qu'on a pu retrouver plusieurs exemples de transsexuelles probables, sur-

tout des femmes qui vivaient et travaillaient comme des hommes, et qui étaient acceptées comme membres du sexe masculin. Plusieurs anecdotes concernant des femmes vivant en hommes ont été rapportées.

Parmi elles, on peut relever le cas de Charles DURKEE PANKHURST, qui conduisit une diligence dans plusieurs villes minières de l'Ouest américain à la fin du XIXe siècle. Personne ne se posait de questions à propos de son sexe (masculin) jusqu'au jour de sa mort, en 1879, où on constata qu'il était une femme. Il existe d'autres exemples de femmes ayant vécu en hommes dans l'Ouest américain dans les années 1850.

HAVELOCK ELLIS a aussi rapporté plusieurs exemples de femmes travesties, relevés dans les journaux, qu'à la lumière des recherches modernes, on pourrait plutôt qualifier de transsexuelles. Charlotte CLARKE, une femme se présentant comme un garçon, passa une grande partie de sa vie habillée comme un homme et finit par écrire ses mémoires. Elle n'était pas particulièrement attirée par les femmes, bien que les femmes qui la croyaient homme, étaient attirées par elle. Marry FRITH, connue sous le nom de Moll Cut purse, en est un autre exemple. Parmi d'autres cas, on trouve Lucy Ann SLATER, alias le Révérend Joseph Lobdell, qui se considérait lui-même comme un homme, et avait épousé une femme, malgré le fait qu'auparavant, il avait été marié en tant que femme et qu'il avait eu un enfant. Une autre transsexuelle propable fut John COULTER, employé du port de Belfast durant douze ans, qui à sa mort, se révéla être une femme et ce, bien qu'elle fut mariée durant quelques 29 ans sans que sa femme se soit rendue compte que son mari appartenait au sexe féminin ! Murray HILL, homme politique réputé, ayant une fille adoptive, a vécu comme un homme pendant trente ans si parfaitement que même sa fille ne se rendit pas compte que son père était une femme. Catharine COOME a vécu pendant quarante ans en homme et fut mariée à une camériste. Caroline HALL de Boston et une femme vécurent comme mari et femme à Milan (Italie) tandis que Fernando MACKENZIA fut officier de police durant trente ans avant qu'on se rende compte que c'était une femme

Un cas qui fit beaucoup de bruit fut celui de Nicholai de RAYLAN, secrétaire privé du Consul de Russie, qui se maria deux fois ; ses deux épouses étaient fermement convaincues de son appartenance au sexe masculin. De RAYLAN portait un pénis artificiel très élaboré (cas rapporté par ELLIS, en 1936).

D'autres cas plus récents ont été rassemblés à partir de journaux, tel David COOK, qui fut arrêté à la suite de problèmes avec l'armée et alors seulement, on découvrit qu'il était une femme. Elle était née Marietta COOK et au moment de son arrestation, était mariée avec Thelma Walker. Richard ORLANDO épousa une jeune fille dans le Névada, âgée de 17 ans ; il apparut plus tard qu'il était né Frances Nun, de sexe féminin. En 1950, un homme dont l'identité était Joe L. MONEYHAND, tomba à travers un grillage couvrant un ensemble de machines qui lui écrasa une partie de ses jambes, à Littlefield dans le Texas. Et c'est seulement cet accident qui révéla qu'il était en fait une femme sur le plan anatomique. Thelma Elisabeth EATON fut découverte femme après qu'elle eût longtemps vécu mariée à une femme qui la croyait du sexe masculin. En 1948, John LYNCH, agent comptable, marié et divorcé à deux reprises, fut découvert comme étant une femme. Son travestissement fut révélé après qu'il eût été arrêté pour coups et blessures, dans une bagarre provoquée à propos de sa virilité. A Sydney, en Australie, après qu'elle eût donné naissance à un enfant illégitime, Ugenia FALLENI changea d'identité sexuelle et pris le nom de Harry Crawford. Elle épousa une femme, cette union dura vingt ans, jusqu'au jour où sa femme découvrit son sexe véritable. Harry l'assassina alors parce qu'elle avait découvert la vérité. Et ce n'est qu'à la suite de ce crime qu'on se rendit compte de la véritable identité d'Harry (Ugenia).

f) Dans la littérature médicale, MAGNUS HIRSCHFELD en 1934, rapporta le cas d'une domestique allemande qui avait tellement insisté pour faire son service militaire qu'elle parvint à convaincre un médecin qu'elle était un cas d'erreur de détermination du sexe, et avec l'aide d'HIRSCHFELD, put entrer dans l'armée.

2° - Cas de transsexualisme chez l'homme.

Le nombre de cas d'hommes se transformant en femmes est moins important dans la littérature populaire que les cas de femmes se voulant hommes. Peut-être parce que les sociétés occidentales ont adopté l'idée d'origine grecque, que la femme est inférieure à l'homme (voir la position du philosophe grec PHILON et les écrits à ce sujet de SAINT JEROME au IVe siècle et SAINT THOMAS D'AQUIN au XIIIe siècle). Ce n'est pas par hasard s'il y a tant de saintes qui ont vécu et travaillé en homme et aucun saint qui n'ait vécu et travaillé en femme dans la tradition chrétienne.

a) Malgré l'attitude moins tolérante de la société vis-à-vis des hommes agissant comme des femmes, il y a quelques cas décrits avant que les techniques chirurgicales modernes aient rendu cette transformation possible.

L'auteur allemand FRIEDRICH (1830) parla de l'idée délirante d'être une femme et affirma que ce n'était pas un trouble mental très rare et qu'il avait déjà été observé partout.

ESQUIROL en 1838 et WESTPHAL en 1869 décrivirent des cas qu'on pourrait peut-être plus sûrement étiqueter transvestisme plutôt que transsexualisme, de même pour KRAFFT-EBING (1894) encore que ce dernier ait aussi rapporté des exemples qu'on pourrait actuellement classer parmi les transsexuels.

Parmi les sujets atteints de "métamorphose sexuelle paranoïaque", on retrouve un médecin qui croyait être une femme et qui était si convaincu que son anatomie sexuelle était erronée qu'il était persuadé que son pénis était en réalité un clitoris.

Le cas de Mademoiselle Jenny SAVALETTE de LANGE est plus connu. Décédé à Versailles en 1858, ce n'est qu'à ce moment là qu'on se rendit compte qu'elle était un homme. De LANGE avait

réussi à se procurer un faux certificat de naissance dans lequel il était désigné du sexe féminin ; il s'était fiancé à des hommes à six reprises ; il avait même obtenu du Roi de France un appartement privé à Versailles ainsi qu'une pension annuelle importante.

Moins bien connu fut l'Abbé d'ENTRAGNES, qui tenta de reproduire la beauté faciale féminine en subissant de fréquents saignements au niveau de la figure.

BLOCH (1933) fit la description d'un homme qui s'était donné le nom de Frédérica qui était tellement bien transformé en femme qu'il avait eu des relations sexuelles avec des hommes (en utilisant l'orifice anal pour vagin) sans que ceux-ci ne se doutent de quoi que ce soit.

Un des exemples les plus mystérieux reste le cas de William SHARP (1855 - 1905), qui durant la dernière décade de sa vie, pris le pseudonyme de "Fiona Macleod" pour mieux exprimer ce qu'il pensait qu'était son âme féminine. De plus en plus, il écrivit seulement sous ce pseudonyme, tandis que le nom William SHARP disparut en tant qu'écrivain. La double identité SHARP-MACLEOD était uniquement connue de quelques amis intimes, qui ne révèlèrent pas l'identité véritable de Macleod. A la différence du Chevalier d'Eon et de James BARRY, chez qui il persiste un doute quant aux sources, on dispose d'une grande abondance de détails biographiques et autobiographiques sur SHARP-MACLEOD. MACLEOD justifiait son changement de sexe par le fait qu'il aurait eu une vie antérieure en femme et donc c'était son "moi" femelle qui refaisait surface de façon de plus en plus visible au fur et à mesure qu'il vieillissait. Ainsi, il voyait et percevait la vie d'un point de vue féminin, à tel point qu'il en oubliait qu'il n'était pas véritablement une femme. La vision de son "moi" femelle provenait d'une intuition quelque peu mystique, tandis qu'il pensait que son "moi" masculin relevait d'un raisonnement logique. Par la suite, ce dualisme grandissant dans la personnalité de SHARP aboutit à une crise existentielle. Son épouse, dans un langage sciemment am-

bigu, décrivit cette crise comme le résultat de la tension de "l'expression opposée des deux aspects de sa nature", essayant malgré tout en même temps de laisser le public dans l'ignorance de qui était MACLEOD en réalité. Il dédicaça des livres en écrivant comme Fiona Macleod à William Sharp, un ami et un compagnon. Juste avant sa mort, il écrivit une note à l'intention de ses amis, beaucoup de ceux qu'il avait perdus de vue depuis plusieurs années, dans laquelle il leur avoue la vérité sur son "moi" femelle et révélant que Fiona Macleod était en réalité William Sharp : "Ceci vous parviendra après ma mort. Vous penserez que je vous ai entièrement trompé au sujet de Fiona Macleod. Mais, dans un certain sens, ce n'est pas vrai ; bien que (et de façon inévitable), je vous ai induit en erreur pour certains détails. Seulement, c'est un mystère que je ne peux expliquer. Peut-être comprendrez-vous de façon intuitive ou serez-vous amenés à comprendre. "Le reste est silence". Adieu. William SHARP."

b) <u>Les journaux et magazines</u> ont également fourni un nombre d'exemples de gens qu'on pourrait classer dans la catégorie des transsexuels mâles. Parmi ceux-ci, on peut relever, en 1937, le cas d'une femme qui était mariée depuis six ans avant d'être découverte comme étant un homme sur le plan anatomique, né William RICHESON. Son mari nia savoir que sa femme était un homme. Joséphine MONTGOMERY fut transférée de la prison pour femmes à Saint Quantin en Août 1950 quand on découvrit que c'était un homme. Il rapporta qu'il avait été élevé et qu'il avait toujours vécu comme une fille et il se considérait lui-même comme une femme qui avait le malheur de posséder les organes génitaux externes masculins. En 1951, une maladie grave révéla qu'une femme connue sous le nom de Georgia BLOCK était un homme sur le plan anatomique. Elle fut mariée et veuve deux fois et son fils adoptif ne la connaissait que comme une mère. Cette histoire fut plus tard écrite et Georgia révéla qu'il avait décidé de changer de sexe et d'être une femme à l'âge de quinze ans. Bien qu'il admette posséder des organes mâles fonctionnant normalement, il les rejette comme des "excroissances", déclarant qu'il pensait être lui-même une femme et qu'il avait des sentiments de femme. En Suède, Ulla Irène LUNDIN, un homme

qui voulait être une femme, affirma posséder un psychisme féminin et donc devait être une femme. Il vécut et travailla comme une femme, en opposition avec la justice suédoise, qui voulait qu'il se présente en public comme un homme. En Californie (à Alhambra), une femme de cent kilos fut arrêtée, pour vol à l'étalage. Quand elle fut examinée, on découvrit que c'était un homme, mais il affirmait appartenir au sexe féminin et cela depuis son enfance. Il avait épousé en 1947 un homme qu'il disait ne pas savoir que sa femme était un homme sur le plan anatomique. Madame Adèle Best vécut comme une femme pendant 54 ans, à l'insu de tous, y compris apparemment, enfin selon son propre témoignage, à l'insu de ses trois maris. En 1946, Elsie, connue sous le pseudonyme de "femme-serpent", mourut à Long Beach ; on découvrit que c'était un homme. Son mari, Alexander F. Marks, qui l'avait épousée en 1927, dit qu'il ignorait qu'Elsie fut un homme jusqu'à ce qu'ils soient mariés, et qu'alors, il ne put rien faire. Il ajouta qu'il lui pardonna et décida de ne pas l'abandonner et elle fut une épouse si agréable que son problème anatomique ne le tracassa plus.

c) <u>Dans la littérature médicale</u>, on retrouve d'autres cas. Bien que ce soit HAMBURGER (et le cas Christine JORGENSEN) qui attira l'attention du public sur le transsexualisme (en 1953) cette affection était connue auparavant dans la littérature médicale et il y a eu quelques tentatives de publications. Le cas le plus fameux (avant celui de Jorgensen) fut peut-être celui de Einar WAGENER, qui devint connu sous le nom de Lili ELBE (1933).

D'autres exemples furent relatés par PAULEY (1965). Une indication sur l'existence cachée de cette affection est représentée par le fait que CAULDWELL (1950) fut assailli par des demandes d'interventions pour changement de sexe, malgré son refus de les aider depuis qu'il pensait que c'était un crime de détruire des organes sains quels qu'ils soient. Une autre indication est le fait qu'une fois le cas Christine JORGENSEN connu de la grande presse, HAMBURGER reçut 465 lettres d'hommes et de femmes réclamant un changement de sexe.

3° - Après ce bref historique, il apparaît qu'il a existé un nombre important d'individus qui avaient un fort désir de changer de sexe avant que la chirurgie ne rende de telles transformations possibles. Bien qu'il soit difficile de distinguer le transsexualisme du transvestisme, et certains cas cités sont sûrement des travestis, il semble qu'on puisse reconnaître certains transsexuels parmi tous ces exemples. Bien que ceux qui sont connus sont ceux qui furent découverts accidentellement, on peut supposer que le transsexualisme était beaucoup plus fréquent dans le passé que ne le laisse supposer la littérature médicale. Bien plus, parce que tant de cas découverts dans le passé étaient des femmes, on peut supposer qu'il y a une proportion bien plus importante de transsexuelles (dans le sens femmes-hommes) que les statistiques actuelles ne le montrent, ou que les facteurs qui dans le passé faisaient que beaucoup de femmes ont vécu et agi en hommes, ont changé. Si cette dernière hypothèse est la bonne, on peut dire que les facteurs socio-culturels jouent un rôle significatif sur les transsexuels en plus des facteurs psychologiques individuels. L'histoire n'apporte pas de réponse à la question de savoir si la chirurgie est une indication pour de tels individus. Tout ce qu'on peut conclure à partir de ces faits historiques, est que dans le passé, des êtres se sont arrangés pour vivre comme des membres du sexe biologique opposé sans faire appel à la chirurgie et apparemment de façon heureuse (si l'on met à part la crainte toujours présente d'être découvert).

II - DONNEES ACTUELLES MEDICALES

Le transsexualisme a, depuis près de cinquante ans, fait l'objet d'un nombre considérable de travaux scientifiques, tant aux Etats Unis qu'en Europe (Grande-Bretagne, Danemark, Allemagne, Tchécoslovaquie ...).

Parmi les recherches effectuées sur le plan biologique, on a évoqué différentes hypothèses au niveau neuro-hormonal, génétique et électroencéphalographique.

Les données de l'examen clinique seront également précisées.

1° - Sur le plan neuro-hormonal

Il faut prendre en considération d'une part les hypothèses somatogéniques d'une étiopathogénie neuro-endocrinienne, et d'autre part les résultats d'ensemble des explorations endocriniennes (en insistant sur les femmes transsexuelles), pour déduire certaines données intéressantes.

a) Hypothèses étiopathogéniques neuro-endocriniennes.

- depuis longtemps, on émet des hypothèses quant au rôle des hormones sexuelles sur le comportement sexuel.

+ pour ce qui est du rôle de ces hormones dans la différenciation du comportement, il faut envisager leur action au stade pré et postnatal, puis leur action à l'âge adulte.

. Actions des hormones sexuelles du stade pré et postnatal : un grand nombre de constatations indique que les hormones jouent un rôle important dans le déterminisme et la régulation des comportements sexuels.

Rappelons que les gonades commencent à sécréter leurs

hormones pendant les premières étapes du développement, bien que la production maximale de ces hormones et la mise en jeu des cellules germinatives matures ne surviennent que beaucoup plus tard.

Or, il est démontré que l'inflexion définitive du comportement est liée au système nerveux et il est certain que les hormones doivent influencer le système nerveux dans la réalisation du comportement sexuel futur. Ces hormones sexuelles vont imprimer leur marque dans le système nerveux non seulement pendant la vie embryonnaire, mais aussi pendant la période néonatale et pendant une période plus ou moins longue après la naissance.

On tend à considérer que le type de comportement sexuel à l'âge adulte (mâle ou femelle) est influencé voire programmé par l'imprégnation hormonale embryonnaire néonatale et postnatale immédiate.

On dispose de quelques données expérimentales illustrant ces faits : HARRIS a observé chez le rat, que l'administration de testostérone à des nouveaux-nés de sexe féminin entrainait l'absence de comportement femelle et l'apparition d'un comportement mâle.

YOUNG a montré que l'injection de testostérone chez la femelle pendant la gestation entrainait chez les cobayes de sexe féminin, un comportement mâle.

Enfin, chez la femelle du singe rhésus, on a pu induire un comportement mâle après administration de testostérone à la mère pendant la gestation.

. L'action des hormones sexuelles sur le comportement à l'âge adulte apparaît différente chez les mammifères inférieurs et chez les mammifères supérieurs (dont l'Homme fait partie).

Chez la femelle des mammifères inférieurs, il existe un cycle oestral avec apparition périodique des manifestations de rut dans lequel il est parfaitement démontré que les oestrogènes jouent un rôle considérable.

Chez les mammifères supérieurs et chez la femme, l'influence du cycle hormonal sur la détermination du comportement sexuel s'atténue au fur et à mesure que la corticalisation des fonctions se développe.

+ le point d'impact des hormones sexuelles, situé au niveau du système nerveux, semble être l'hypothalamus. Le rôle de l'hypothalamus dans la régulation du comportement sexuel a été démontré par des expériences classiques de destruction localisées à certaines aires (FISHER en 1938 observait que des petites lésions de la région supraoptique de l'hypothalamus antérieur de chat supprimaient tout comportement sexuel ; BROOKHART en 1941 observait que des lésions identiques chez le cobaye supprimaient la possibilité de déclencher le rut par l'administration d'oestrogènes).

Chez l'Homme, on n'a pas pu localiser de façon précise les mécanismes hypothalamiques jouant un rôle dans le comportement sexuel, malgré les observations de BAUER (en 1956) qui a démontré que le comportement sexuel était fortement touché lors de lésions hypothalamiques (alors que l'hypophyse reste intacte).

En plus de l'hypothalamus, on a montré (SOULAIRAC en particulier) que le système limbique et le cortex antérieur pouvaient également jouer un rôle dans la régulation des fonctions sexuelles. L'hypothalamus paraît surtout avoir une fonction d'intégration de tout un ensemble de signaux de nature nerveuse et humorale jouant un rôle dans le contrôle du comportement sexuel.

- Des données très récentes sur la différenciation hormono-dépendante du cerveau et du comportement sexuel apparaissent révolutionnaires.

Ces études de la différenciation sexuelle du cerveau sont fondées sur les résultats d'expérimentations chez l'animal, faites surtout par G. DORNER (chercheur allemand de l'Est) entre 1972 et 1976.

+ Si on castre des rats mâles dès la naissance, ils auront un comportement différent de celui de leur sexe à la suite d'un traitement substitutif androgénique à l'âge adulte. Autrement dit, des rats génétiquement masculins, chez qui on a provoqué une carence androgénique dès la naissance, au moment de la différenciation sexuelle du cerveau, mais chez lesquels, à l'âge adulte, on rétablit un taux normal (ou à peu près) d'androgènes, sont excités sexuellement de préférence par des partenaires de même sexe.

+ Quelque soit le sexe génétique, plus le taux d'androgènes est élevé pendant la période critique de différenciation, plus le comportement mâle prédomine pendant lapériode fonctionnelle post-pubertaire, alors que le comportement sexuel féminin est affaibli.

On a même pu observer une inversion complète du comportement sexuel chez les rats des deux sexes à la suite d'une hyperandrogénie chez les femelles et d'un déficit androgénique chez les mâles, au moment de la différenciation sexuelle du cerveau.

On peut donc en déduire qu'une prédisposition neuro-endocrinienne à une hypo, bi et homosexualité primaire peut être fondée sur différents degrés d'hyperandrogénie chez la femelle et de déficit androgénique chez le mâle, au moment de la différenciation sexuelle spécifique du cerveau.

+ Plus le taux d'androgènes est élevé pendant la différenciation sexuelle du cerveau, plus les volumes nucléaires des neurones des régions hypothalamiques, préoptiques et amygdaliennes seront petits, tout au long de la vie.

+ Il est possible de provoquer un important feed-back positif oestrogènes LH, semblable à celui des femelles normales, chez des mâles castrés dès la naissance alors que cela est impossible chez des mâles castrés au quatorzième jour ou chez les femelles hyperandrogénisées dès la naissance. On peut en conclure

que ce feed-back positif aux oestrogènes ne peut être mis en oeuvre que si le taux d'androgènes est bas au moment de la différenciation cérébrale.

+ Chez le rat, on a pu observer les corrélations suivantes entre le taux d'hormones sexuelles au moment de la différenciation cérébrale, et la présence de ce feed-back positif aux oestrogènes sur la sécrétion de LH.

Une seule administration d'oestrogènes chez des femelles castrées à la puberté, et ayant une bonne imprégnation oestrogénique, provoque un pic notable de LH. Alors que chez des femelles castrées ayant une imprégnation androgénique, avec la même injection d'oestrogènes, on obtenait un pic de LH diminué ou retardé.

D'autre part, les mâles castrés après la puberté, et qui ont subi une imprégnation oestrogénique, montraient un pic de LH léger. Les mâles castrés et ayant un taux élevé d'androgènes subissant une injection d'oestrogènes, ne montrent aucun pic de LH.

De toutes ces expériences, on peut évoquer l'action d'un feed-back positif aux oestrogènes sur la sécrétion de LH, dépendante du taux d'hormones sexuelles, à la fois au moment critique de la période de différenciation et au moment de la période d'imprégnation post-pubertaire.

b) Explorations endocriniennes chez l'Homme.

- Chez la femme transsexuelle

Le fait que les taux d'hormone mâle (surtout la testostérone) était elevé chez les femmes voulant devenir des hommes, n'était que conjecture. Cela se vérifie si on étudie les taux de la testostérone plasmatique, 17 cétostéroïdes urinaires et 17 hydroxycorticostéroïdes chez les transsexuelles et si on les compare avec les taux des femmes normales et ceux des hommes normaux.

On peut aussi étudier ces taux sanguins et urinaires après épreuves de stimulation et de freinage des ovaires et des surrénales.

Les sujets normaux de contrôle étaient de jeunes femmes qui avaient des cycles menstruels réguliers et qui n'avaient apparemment aucun trouble hormonal surrénalien ou ovarien. Les sujets de contrôle de sexe masculin étaient des hommes jeunes normaux sur le plan endocrinien.

Tous les prélèvements furent pratiqués entre huit et neuf heures du matin. Des prélèvements de sang veineux ovarien furent également effectués chez de jeunes femmes -moins de trente ans- au cours d'une hystérectomie pour cancer du col utérin. Aucune patiente n'avait de maladie endocrinienne décelable cliniquement.

Chez les transsexuelles, les taux de la testostérone plasmatique furent déterminés ainsi que les niveaux d'excrétion urinaire des stéroïdes et le taux de testostérone plasmatique au cours d'épreuves de stimulation et de freinage des fonctions ovariennes et surrénales. Des prélèvements sanguins au niveau veineux ovarien furent aussi réalisés au cours d'hystérectomie salpingo-ovariectomie, au premier temps d'intervention chirurgicale pour changement de sexe. Toutes les transsexuelles s'administraient des hormones mâles depuis un à trois ans. Tout traitement fut suspendu huit semaines avant ces études.

Les résultats de ces dosages sont les suivants :

la moyenne des taux sanguins de testostérone fut de 0,02 µg/100 ml (± 0,01) chez les femmes normales, sans qu'il y ait de changement significatif entre ces taux et les phases du cycle menstruel. Chez l'homme normal, le taux moyen de testostérone plasmatique est de 0,56 µg/100 ml (± 0,25).

Les résultats chez les femmes transsexuelles varient de 0,02 à 0,06 µg/100 ml, donc très proches des taux des femmes

normales. De même, les taux d'excrétion urinaire des stéroïdes se situaient dans les normes. Les épreuves de stimulation et freinage des fonctions ovariennes et surrénales n'ont montré aucune dépendance ACTH significative, alors que la concentration plasmatique de testostérone augmente de façon variable avec l'administration de gonadotrophine chorionique (HCG) sous freinage des surrénales par le dexaméthasone et redevient normale avec l'administration d'oestrogènes (associée à la dexaméthasone). Ceci permet de retenir, chez les transsexuelles ayant un taux plasmatique de base de testostérone un peu élevé (tendant vers 0,06 µg/100 ml), son origine ovarienne.

Les taux de testostérone retrouvés au niveau des veines ovariennes et des veines périphériques ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les transsexuelles et les femmes normales d'où on peut conclure que la même quantité de testostérone est sécrétée par les ovaires chez les transsexuelles et chez les femmes normales.

En conclusion, on peut dire que les taux de testostérone circulante trouvés chez les femmes transsexuelles sont proches de ceux trouvés chez les femmes normales. Le taux d'origine ovarienne par rapport à la testostérone totale est semblable à celui trouvé chez les femmes normales. Les taux de base de testostérone retrouvés un peu élevés chez quelques patientes peut s'expliquer par le fait que la prise de testostérone durant une longue période peut perturber la sécrétion des hormones ovariennes.

On peut conclure sur la simple mesure du taux de testostérone plasmatique que les femmes transsexuelles ne présentent aucune anomalie endocrinienne. Il reste à faire une étude plus précise prenant en compte le métabolisme des stéroïdes hormonaux par rapport surtout aux réactions hépatiques et à la sensibilité des effecteurs aux hormones.

- On a réalisé des recherches hormonales aussi chez

les hommes transsexuels, dont la plupart prennent des oestrogènes à fortes doses, ce qui a pour effet de favoriser le développement d'une gynécomastie et d'inhiber plus ou moins fortement la fonction testiculaire. Certains de ces sujets étaient même castrés.

L'étude hormonale a donné les résultats suivants :

dans 17 % des cas, les taux de base de 17 CS étaient un peu faibles (entre 6,5 et 7,5 mg/24 H), mais avec une bonne réponse à la stimulation.

Dans 17 % des cas, les taux étaient au contraire relativement forts (entre 16 et 17,5 mg/24 H), mais par excès d'androgènes surrénaliens.

Les chiffres moyens fournis par l'ensemble des sujets sont sensiblement normaux, bien que plusieurs patients aient pris pendant de longues périodes, des oestrogènes, dont l'administration a été stoppée au moment des analyses.

La fonction leydigienne des testicules s'est montrée satisfaisante dans l'ensemble, et on n'a retrouvé aucun cas d'excès d'oestrogènes ni de prégnandiol.

Chez les sujets qui avaient des taux de base de 17 CS un peu bas, la testostérone plasmatique a été dosée, le taux trouvé un peu faible mais beaucoup plus proche du taux moyen des hommes normaux que des taux féminins.

Donc également chez les transsexuels masculins, on n'a retrouvé aucune anomalie endocrinienne appréciable, qui puisse expliquer leur déviation psychosexuelle (malgré les quelques écarts légers par rapport au biotype masculin moyen, qui se retrouvent dans n'importe quel groupe de sujets considérés comme normaux). On ne saurait invoquer non plus un défaut de réceptivité des tissus et organes cibles des androgènes, lié par exemple à un trouble

de l'utilisation périphérique de la testostérone puisque les sujets étudiés ne présentaient aucune anomalie morphologique décelable ; leurs organes génitaux et leurs caractères sexuels secondaires sont pratiquement normaux et peuvent même parfois accuser un caractère hyperandrique. Enfin, aucune production anormale d'oestrogène ne peut être invoquée.

- les investigations les plus récentes sur l'Homme ont été réalisées par DORNER entre 1976 et 1977, qui a retenu les faits suivants :

+ un feed-back positif aux oestrogènes peut être mis en évidence chez des homosexuels (sans anomalie génétique ou organique) par opposition à des hétérosexuels ou des bisexuels.

Chez des homosexuels, une injection IV d'oestrogènes entraine d'abord une diminution du taux sérique de LH, suivi ensuite d'une augmentation retardée significative du taux initial de LH.

Chez les hétérosexuels, l'administration d'oestrogènes entraine aussi une diminution du taux de LH, mais non suivie d'une augmentation de LH au dessus du taux initial.

Ceci laisse supposer que les homosexuels (et les transsexuels) pourraient posséder -du moins en partie- un cerveau à différenciation prédominante féminine.

+ dernièrement, on a déterminé les taux plasmatiques de base de FSH, LH ainsi que ceux de la testostérone chez les homosexuels et les hétérosexuels. On a trouvé des taux de FSH plasmatique significativement plus élevés chez les homosexuels efféminés et les transsexuels, par rapport aux hommes hétérosexuels. Les taux de testostérone libre étaient par contre significativement plus bas chez les homosexuels efféminés par rapport aux hétérosexuels. Par opposition au taux de testostérone libre, on n'a pas retrouvé de différence du taux de la testostérone totale entre les homosexuels et les hétérosexuels.

c) Des résultats des études expérimentales et cliniques récentes, on peut déduire <u>les faits et hypothèses</u> suivants :

un déficit androgénique survenant chez des hommes de sexe génétique masculin, au cours de la période prénatale, peut provoquer une différenciation cérébrale à prédominance féminine. Ce déficit androgénique prénatal peut être largement compensé par une augmentation de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires dans la période post-natale et post-pubertaire. Cependant, une sécrétion d'androgènes à peu près normale, grâce à une augmentation des sécrétions des gonadotrophines, ne peut être obtenue que par une augmentation simultanée des oestrogènes. Des taux d'oestrogènes plasmatiques élevés furent trouvés chez des homosexuels mâles par certains auteurs. L'augmentation du taux d'oestrogènes peut entrainer une augmentation de la capacité de liaison de la globuline liante de l'hormone androgène, ce qui provoquerait une diminution de la testostérone libre.

Chez les animaux de sexe génétique féminin, les résultats d'expérimentations faites chez différentes espèces et confirmés par des faits cliniques, suggèrent qu'un excès d'androgènes pendant la période critique de la différenciation cérébrale peut être à l'origine d'une prédisposition à un comportement hypo, bi ou même homosexuel, pendant la période post-pubertaire. On a observé chez les homosexuelles présentant des signes de virilisme une augmentation faible mais significative de la testostérone plasmatique.

On peut penser que les déviations sexuelles chez l'Homme peuvent être fondées, du moins en partie, sur une divergence entre le sexe génétique et le taux d'hormones sexuelles correspondant au sexe génétique au moment de la différenciation cérébrale à la période prénatale.

On a donc mis au point des méthodes pour déterminer dans le liquide amniotique les taux d'hormones sexuelles corres-

pondant à la fois au sexe génétique et au sexe spécifique, dans le but de pouvoir détecter et même peut-être corriger de telles anomalies dans la période prénatale.

La technique utilisée pour déterminer le sexe génétique est celle permettant la fluorescence du chromosome Y des noyaux des cellules du foetus, du liquide amniotique. On a truuvé des taux de glucuronide de testostérone et de testostérone non conjuguée significativement plus élevés, et des taux de FSH significativement abaissés dans le liquide amniotique des foetus mâles par rapport à ceux des foetus féminins, entre la 16e et la 26e semaine de gestation.

On peut imaginer qu'un traitement préventif des troubles de la différenciation sexuelle soit possible, grâce à l'administration d'androgènes dans le cas de foetus de sexe génétique masculin, lorsque le déficit androgénique est évident au moment de la période critique de la différenciation, surtout celle du cerveau (et ce, en évitant du moins partiellement, la virilisation de la mère).

Donc, on peut conclure que des concentrations non physiologiques d'hormones (sexuelles) survenant au moment de la différenciation (sexuelle) peuvent avoir une action tératogène. Si on définit les hormones comme étant des messagers chimiques, fabriqués dans des cellules spécifiques et exerçant un effet biologique sur d'autres cellules del'organisme par une action soit locale (en tant qu'hormones locales), soit à distance sur des cellules cibles (en tant qu'hormones sanguines ou systémiques), on peut alors considérer les neuromédiateurs comme des hormones locales du cerveau. Or, on a découvert que les neuromédiateurs étaient responsables du contrôle du comportement (entre autre, du comportement sexuel), en activant ou inhibant les neurones spécifiques. De plus, des expériences récentes laissent supposer que les neuromédiateurs seraient non seulement des activateurs ou des inhibiteurs temporaires, mais également des organisateurs permanents du cerveau (comme on a pu auparavant le démontrer pour les hormones sexuelles).

Des rats furent traités par l'inhibiteur de la monoamine-oxydase, la pargyline, le dépléteur de la monoamine, la réserpine, ou l'inhibiteur de l'acétylcholinestérase, la pyridostigmine, pendant les quinze premiers jours de la vie. On mit en évidence chez ces rats des modifications permanentes significatives de leur comportement sexuel (ainsi que du comportement d'évitement conditionné, des réactions émotionnelles ou des activités exploratrices). L'activité sexuelle masculine était constamment diminuée chezles mâles ayant subi l'action de la pargyline ou de la réserpine à la période néonatale, mais constamment augmentée chez ceux qui avaient été sous l'influence de la pyridostigmine.

Les femelles ayant subi l'action de la pargyline à la période néonatale, montraient également une diminution permanente du comportement sexuel alors qu'on observait une intensification de ce comportement après pyridostigmine.

Si on fait subir à ces femelles traitées par pyridostigmine, une ovariectomie post pubertaire, suivie d'une administration d'androgènes, elles vont avoir un comportement très défensif quand elles sont mises en présence de mâles aux ardeurs vigoureuses. De plus, elles avaient un comportement sexuel de mâle vis-à-vis des femelles en chaleur, plutôt qu'un comportement sexuel féminin de lordose vis-à-vis des mâles. Ce type de comportement n'avait été retrouvé jusqu'ici que chez des femelles androgéniques à la période néonatale.

Donc, des modifications du métabolisme provoquées par des neuromédiateurs tels que la pyridostigmine, pourraient, au moins partiellement, avoir les mêmes effets sur le comportement qu'une androgénisation.

Les modifications permanentes du comportement provoquées par les drogues psychotropes administrées pendant la période de la différenciation cérébrale sont associées à des changements biochi-

miques ou de structure dans certaines régions du cerveau. On a trouvé dans les régions moyenne et centrale de l'amygdale, une augmentation très significative du volume nucléaire des cellules nerveuses chez les mâles ayant subi l'action de la réserpine ou de la pargyline à la période néonatale (réaction encore plus marquée chez ces derniers). Les structures nucléaires des mâles ayant reçu de la pargyline ressemblaient davantage à celles des femelles du groupe de contrôle qu'à celles des mâles. Le comportement sexuel de ces mêmes mâles ressemblait davantage à celui des femelles traitées à l'âge adulte par des androgènes qu'à celui des mâles du groupe de contrôle.

Chez les mâles ayant reçu de la réserpine, d'une part, la microscopie électronique de l'hippocampe a montré que le nombre de synapses dans la région du striatum radiatum était significativement réduit, d'autre part, leurs réactions émotionnelles sont significativement réduites par rapport au groupe de contrôle. On a également pu mettre en évidence une diminution des concentrations de noradrénaline et de dopamine dans l'hypothalamus des rats adultes ayant reçu de la pargyline ainsi qu'une concentration de noradrénaline légèrement diminuée chez les mâles ayant reçu de la pyridostigmine à la période néonatale.

Selon ces données, des concentrations non physiologiques et/ou des taux de "Turn-over" de neuromédiateurs apparemment produits par les drogues psychotropes durant la différenciation cérébrale, pourraient agir comme facteur tératogène. De tels effets tératogènes pourraient être provoqués par des concentrations de neuromédiateurs non physiologiques et/ou des "Turn-over" produites par des concentrations anormales d'hormones en quantité élevée ou des métabolites (par exemple hormones sexuelles) ou des conditions sociopsychologiques anormales pendant la différenciation du cerveau.

2° - <u>Sur le plan génétique</u>

a) Dans l'étude de 80 cas de <u>femmes transsexuelles</u> faites

par PAULY en 1974, on retiendra que toutes étaient normales sur le plan génétique (voir aussi les résultats des investigations génétiques de nos observations de la seconde partie de ce travail, à chaque fois que celles-ci ont pu être réalisées).

On a utilisé d'une part la détermination de la chromatine sexuelle (on retrouve dans ces cas un corps de BARR) et d'autre part, le caryotype (féminin normal 46 XX).

Néanmoins, dans la littérature, nous avons relevé deux cas avec anomalie du sexe chromosomique, chez des femmes transsexuelles. Le premier date de 1972, et concerne une jeune femme de 21 ans, présentant une mosaïque XO/XX au niveau de ses chromosomes sexuels (les frottis buccaux ont montré 12 % de cellules à chromatine sexuelle positive ; le caryotype a confirmé la mosaïque XO/XX, 40 % des cellules montrant une formule chromosomique 45 XO, le reste étant 46 XX).

L'autre cas date de 1976. La recherche chromosomique s'est faite au niveau de deux cultures de lymphocytes du sang. Les deux études ont révélé une mosaïque de 80 % de cellules normales 46 XX et de 20 % de cellules présentant des anomalies chromosomiques (4% 47 XX + m,6% 45 XO, et 10% 46 XO + m), m étant un petit chromosome supplémentaire qui n'a pas le caractère fluorescent du chromosome Y (après coloration spéciale).

b) Notons que chez <u>le transsexuel mâle</u>, la plupart des études génétiques faites ont également conclu à l'absence d'anomalie génétique (formule chromosomique 46 XY) en dehors de quelques cas exceptionnels où on a mis en évidence par exemple un syndrome de KLINEFELTER (formule chromosomique 47 XXY).

c) <u>On peut discuter ces données</u> en prenant en considération le fait que l'influence des gènes sur l'intelligence et le comportement peut être nettement affirmée de par les altérations observées dans le large éventail des syndromes comprenant des aberrations chromosomiques. Chez les animaux inférieurs, on connait des

mutants qui montrent un comportement homosexuel. Chez l'Homme, certaines données suggèrent un rôle génétique à l'homosexualité. Ces données incitent à avancer l'hypothèse d'un lien causal possible entre les anomalies chromosomiques etl'inversion du sexe psychologique. Mais, les exceptions retrouvées ne peuvent permettre d'affirmer ce type de conclusion sur une étiologie possible du transsexualisme humain. Cependant, il semble intéressant de répéter les études cytogénétiques de ces hommes et femmes demandant un changement de sexe, en utilisant les toutes dernières techniques qui pourraient révéler des anomalies auparavant non détectables.

3° - Les données de l'électroencéphalogramme (EEG)

Il nous a paru intéressant de rapporter les très récentes données (datant de 1979) concernant les anomalies électroencéphalographiques et le transsexualisme. L'étude qui a retenu notre attention est celle réalisée en Grande-Bretagne sur une série de 46 transsexuels (35 hommes et 11 femmes).

a) Dans la recherche d'indices qui pourraient mener à la découverte d'une étiologie du transsexualisme, un possible rapport avec des anomalies des lobes temporaux ou du système limbique a été à plusieurs reprises, pris en considération, et de nombreuses observations cliniques suggérant un tel lien ont été rapportées.

- Comportement sexuel et lobes temporaux

Le fondement d'une telle hypothèse a été le lien si souvent observé entre les lésions du lobe temporal et les anomalies du comportement sexuel. KLUVER et BUCY en 1939 ont observé un comportement hypersexuel chez des singes ayant subi une lobectomie temporale bilatérale et des observations de ce genre ont été rapportées chez l'homme par la suite. Cependant, d'autres auteurs ont noté des manifestations d'hyposexualité chez l'homme atteint de lésions du lobe temporal qui ont été améliorées après ablation du tissu atteint, quand l'intervention a réussi à supprimer aussi

le foyer électroencéphalographique. Mais, dans aucune des séries, ce rapport n'était présent de façon uniforme et KOLARSKY dans sa série de 86 hommes atteints d'épilepsie temporale prédominante n'a retrouvé aucun signe évident d'hyposexualité.

Il existe aussi un certain nombre d'observations suggérant la localisation de certaines fonctions sexuelles au niveau des lobes temporaux. On a décrit, d'ailleurs plus comme des faits cliniques rares que comme des aspects typiques de l'épilepsie temporale, des sensations sexuelles ou un orgasme sexuel, aura des crises temporales, ainsi qu'un orgasme sexuel à l'origine d'une crise épileptique temporale réflexe.

L'association de perversions sexuelles avec des lésions du lobe temporal a été rapportée dans un certain nombre de cas. HOOSHMAND et BRAWLEY (1969) ont rapporté deux cas d'exhibitionnisme associés à une tumeur ou à un foyer EEG du lobe temporal. Le comportement sexuel anormal a disparu après la prise d'un traitement anticonvulsant. Fétichisme et transvestisme ont également été rapportés chez des sujets atteints d'épilepsie temporale. Les trois patients décrits par MITCHELL ont guéri de leur perversion après lobectomie temporale. Ces cas rapportés sont habituellement uniques ou peu nombreux, disséminés parmi les très nombreux malades vus dans la pratique quotidienne. KOLARSKY (1967) a examiné le problème du rapport entre épilepsie et déviations sexuelles de façon plus systématique. Il a étudié un groupe standard de 86 patients épileptiques et a trouvé des anomalies sexuelles chez 19 d'entre eux (soit 22 %). La plupart des malades avait des lésions du lobe temporal. Les déviations sexuelles comprenaient le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le fétichisme, le sadisme, le masochisme, la pédérastie (homo et hétérosexuelle) ... Il faut noter que quatre patients sur cinq ne présentaient aucune anomalie sexuelle. Il a trouvé que les anomalies sexuelles étaient plus susceptibles d'exister quand la lésion cérébrale était déjà présente avant la fin de la première année de la vie.

- Transsexualisme et lésions du lobe temporal

Avec tout ce matériel en main, il n'est pas étonnant que la possibilité que le lobe temporal soit impliqué dans le transsexualisme, ait intéressé tant de chercheurs. SPATE (1970) a décrit deux femmes transsexuelles qui avaient des anomalies EEG marquées au niveau des lobes temporaux. Il conclut que "sur la base d'une perturbation du système limbique, la vie sexuelle peut être modifiée aussi bien quantitativement que qualitativement ; et qu'il est bien probable que si le dysfonctionnement dans ces parties du cerveau commence tôt dans la vie, ce pourrait être la condition préalable pour une empreinte aberrante plus tardive". BLUMER n'a trouvé que deux (sur quinze) transsexuels avec des anomalies EEG, et pour un de ces deux cas, l'anomalie pouvait s'associer à l'hypertension présentée par le patient. BLUMER discute aussi à propos de trois patients présentant épilepsie et transsexualité, et conclut que l'épilepsie est rare chez les transsexuels mais peut occasionnellement être étroitement associée à ce syndrome. Il écrit : "l'absence de données sur la sexualité normale et l'orgasme peut servir de fondement aux tendances sexuelles anormales." Il préconisait des études systématiques sur une grande échelle. VIETZE (1970) conclut que le transsexualisme est à prédominance psychogénique, mais que ses particularités constitutionnelles ou biologiques peuvent augmenter ses manifestations et son développement. DAVIES et MORGENSTERN (1960) ont décrit l'observation d'un patient chez qui le transsexualisme a débuté après une atteinte du lobe temporal à l'âge de 32 ans. Ils ont également parlé de deux autres cas de transsexualisme associés à un dysfonctionnement du lobe temporal. PETRITZER et FOSTER (1955) ont publié un cas de transsexualisme associé à une épilepsie, ces deux affections ayant débuté en même temps. EPSTEIN (1961) a décrit cinq cas de déviation sexuelle (fétichisme et transvestisme) qui soit faisaient des crises d'épilepsie, soit avaient des foyers EEG au niveau du lobe temporal. Un de ses patients, qui semble être un transsexuel, présentait des pointes ondes au niveau de la région temporale gauche, et avait aussi des crises. Chez un patient décrit par HUNTER (1963)

les manifestations du transsexualisme débutèrent à l'âge de neuf ans, tandis que les crises temporales ont débuté à l'âge de 29 ans. Les deux types de manifestations (épilepsie et transsexualisme) régressèrent sous traitement anticonvulsivant, mais cette amélioration ne fut que temporaire. La lobectomie temporale mit fin aux convulsions et aux anomalies sexuelles. D'autres cas avec ces deux types d'affection furent décrits en 1940 et 1962. Un des cas historiques les plus remarquables, rapporté par WALINDER (1965) est celui d'un homme de 29 ans, qui eut une vie normale jusqu'à l'âge de 23 ans où il devint transsexuel. On découvrit chez lui des anomalies EEG prédominantes du côté gauche, surtout des bouffées d'ondes théta et de pointes ondes. Sous traitement anticonvulsivant, son comportement psychosexuel se normalisa de façon spectaculaire, les anomalies réapparaissant seulement à l'arrêt du traitement. HOENIG et DUGGAN (1974) rapportèrent l'histoire d'un transsexuel qui était atteint d'épilepsie. Il y avait beaucoup d'anomalies psychosexuelles ainsi que d'épilepsie parmi les autres membres de la famille. Les recherches généalogiques permirent de montrer que les deux affections provenaient des différentes branches de la famille et qu'elles s'étaient retrouvées ensemble chez ce patient. Un autre membre de la famille, non atteint d'épilepsie, était aussi un travesti et probablement un transsexuel.

De tels cas permettent seulement de faire des hypothèses. Il est possible que la présence des anomalies du lobe temporal associée au transsexualisme ne soit qu'une simple coïncidence et ne sont donc pas liés. Peut-être aussi que le transsexualisme n'est pas un syndrome homogène sur le plan étiologique et de tels cas représenteraient seulement un sous groupe.

- Anomalies EEG étudiées chez un grand nombre de transsexuels

Il nous semble important de rechercher la fréquence avec laquelle on retrouve des anomalies cérébrales (surtout du lobe temporal) chez les transsexuels. RANDELL (1970) remarqua que " ... les EEGs montraient des anomalies diverses non spécifiques dans 30 à 50 % des cas. Des lésions focales spécifiques ont également

été notées ...". Malheureusement, il ne faisait pas la distinction entre transvestisme et transsexualisme. WALINDER (1965) examina les tracés EEG d'une série de 26 patients. Il sépara ceux qui présentaient des anomalies des régions temporales de ceux qui avaient des signes généralisés. Il trouva chez huit patients (31 %) un EEG normal, chez six patients (23 %)le tracé était probablement normal, chez deux autres (8 %) le tracé était limite, enfin chez les dix derniers (38 %) le tracé était franchement anormal. Dans une plus grande série de 84 cas (1967), il trouva 31 % d'EEG anormaux. On retrouve cette proportion d'EEG anormaux dans une population prise au hasard, et si on considère une population de malades psychiatriques non sélectionnés, ce pourcentage est même plus élevé. KOCKOTT et NUSSELT (1976) ont comparé les EEGs de 28 transsexuels avec ceux d'un groupe de contrôle composé par 30 névrotiques. 10 % des tracés étaient pathologiques dans le groupe de contrôle, alors que ce pourcentage atteignait 32 % chez les transsexuels. Cette différence est significative.

b) L'étude la plus récente, date de 1979 et a été réalisée par HOENIG et KENNA

- Le matériel : les données rapportées concernent des patients suivis sur une période de dix ans en Grande-Bretagne. La série comporte 46 transsexuels (35 hommes et 11 femmes), âgés de 16 à 59 ans (moyenne d'âge de 30,2 ans pour les hommes, 28,6 ans pour les femmes). L'examen a comporté en plus, des tracés pendant une période d'hyperpnée de trois minutes ainsi qu'une épreuve de stimulation lumineuse intermittente.

+ les troubes accessoires : l'histoire médicale de ces patients révéla que plusieurs d'entre eux avaient des anomalies affectant le système nerveux central responsables de crises épileptiformes. Ainsi, on a pu relever chez cinq de ces patients : une épilepsie de type Bravais Jakson, avec ondes théta temporales gauches ;

des crises temporales post-encéphalitiques avec ondes théta postérieures bilatérales ;

des convulsions dans l'enfance puis intervention pour tumeur de la fosse postérieure, avec ondes théta temporales gauches ;

une démence alcoolique avec un EEG normal ;

un traumatisme crânien dans l'enfance avec ondes delta temporales bilatérales ;

+ les troubles de la personnalité : on a relevé dans cette série la présence de deux patients schizophrènes dont l'un présentait un EEG montrant une activité théta généralisée alors que le tracé de l'autre était normal. Six autres patients étaient atteints de psychose maniaco-dépressive dont trois présentaient des anomalies EEG importantes. Plusieurs patients présentaient des troubles de la personnalité en plus du transsexualisme. Seule la moitié des patients avait une personnalité à la limite de la normale.

- Les résultats EEG : ils ont été classés en normaux, limites et anormaux. On a retrouvé 48 % d'EEG anormaux et 24 % de tracés limites. Parmi les 33 patients ayant un tracé anormal, 15 (45 %) présentaient des anomalies de l'aire temporale, la moitié se situant à droite, l'autre moitié à gauche.

+ Sexe : les anomalies n'apparaissent pas avec la même fréquence dans les deux sexes. L'EEG était anormal chez 75% des femmes et 38% des hommes. Seulement 8 % des femmes avaient un EEG normal alors que chez les hommes, ce pourcentage atteint 36 %. Ces différences sont significatives.

+ Age : les patients au tracé normal étaient plus âgés, ceci suggérant l'hypothèse que les patients au tracé limite ou anormal tendaient à demander de l'aide à un âge plus jeune, bien

que les différences ne soient pas significatives. L'âge auquel le patient pense pour la première fois être un membre du sexe opposé semble être le même qu'il y ait ou non anomalie électrique. L'âge auquel le comportement du transsexuel devient voyant aux yeux de la famille est cependant significativement plus jeune chez ceux ayant des anomalies EEG. Chez ces mêmes patients, la famille a commencé à être au courant du transsexualisme avant ou pendant l'adolescence dans 82 % des cas, alors que pour les autres, il est de l'ordre de 45 %.

+ Troubles de la personnalité : parmi les patients présentant un tracé anormal, 14 (64 %) avaient un trouble de la personnalité en plus du transsexualisme, alors que 8 (36 %) avaient une personnalité normale. Parmi ceux qui avaient un tracé limite, 6 (55 %) avaient un trouble de la personnalité contre 5 (45 %) qui n'en avaient pas. Parmi les patients ayant un EEG normal, 5 d'entre eux (38 %) avaient un trouble de la personnalité, 8 (62 %) n'en avaient pas. Beaucoup de patients ayant des troubles de la personnalité avaient un EEG anormal (56 %) ou limite (24 %) contre respectivement 38 % et 24 % chez des patients ayant une personnalité normale. Mais la différence n'est pas significative.

+ Conduite sexuelle : on peut trouver dans la littérature un grand nombre d'hypothèses concernant la conduite sexuelle anormale associée à des lésions du lobe temporal, même pourle transsexualisme. Le groupe des transsexuels apparaît parmi le plus hyposexuel. On constate que ce groupe hyposexuel est celui présentant le plus d'anomalies EEG par rapport aux groupes hypersexuels ou ayant une sexualité modérée. Mais la différence n'est pas significative.

Par ailleurs, si on compare la conduite sexuelle de ceux qui ont des anomalies du lobe temporal avec tous les autres cas, on constate une fréquence plus élevée de cas avec des anomalies d u lobe temporal chez ceux présentant une hyposexualité. Mais la différence n'est pas significative.

+ Autres facteurs : un certain nombre d'autres facteurs furent examinés (comme le QI, la classe sociale, la criminalité ...), ainsi que leurs corrélations possibles avec les anomalies de l'EEG mais on n'a retrouvé aucun résultat significatif sur le plan statistique.

- Au total donc, ce groupe de transsexuels a montré une grande proportion d'anomalies EEG, confirmant les données d'autres auteurs comme WALINDER (1967), RANDELL (1970), KOCKOTT et NUSSELT (1976). On remarquera aussi que ces anomalies paraissent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. La fréquence de ces anomalies, surtout celles touchant les lobes temporaux est trop importante pour être ignorée.

c) Quelle explication peut-on donner à ces faits ?

Les résultats EEG sont-ils dûs à une anomalie quelconque au niveau du cerveau, ou ces anomalies sont-elles plus spécifiques à l'origine ? La littérature sur le transsexualisme ne fait pas état de cas étudiés post-mortem. S'agit-il d'une lésion acquise, ou plus vraisemblablement d'un épiphénomène, d'une anomalie constitutionnelle ? S'agit-il d'une anomalie cérébrale spécifique du syndrome, ou d'une lésion non spécifique, condition préalable à l'apparition de l'affection. FREUND (1969) souligna qu'un tel résultat apparaissait plus vraisemblablement si la lésion survenait dans la première année de la vie. BERNER (1965), prenant en considération les résultats de tests de RORSCHACH a montré que les syndromes paranoïdes de types variés étaient souvent associés à des lésions cérébrales. Depuis longtemps, certains auteurs classent le transsexualisme parmi les syndromes paranoïdes.

Une autre explication est que les anomalies du lobe temporal provoquent une hyposexualité et ainsi des troubles sexuels de types variés se développent sur la base de ce comportement hyposexuel. Ceci rappelle les anciennes théories sur les perversions sexuelles, décrites par les sexologues du XIXe siècle. C'est ainsi que BLUMER (1969) affirmait "qu'une faiblesse innée de la puis-

sance génitale mâle pouvait favoriser l'orientation femelle de certains transsexuels". SPATE (1970) soupçonna une lésion du système limbique qui, si elle survenait à un âge très précoce, constituait un bon terrain pour la mise en place d'un développement psychogénique anormal.

Tout ceci amène certaines réserves. Il n'est pas évident que le transsexualisme soit une perversion sexuelle (et on ne peut donc faire d'extrapolations). De plus, il n'est pas universellement reconnu que les transsexuels sont tous des hyposexuels. Enfin, tout le monde ne reconnaît pas non plus que les lésions du lobe temporal provoquent un comportement hyposexuel.

La signification des anomalies EEG retrouvées chez un grand nombre de transsexuels reste donc inconnue. Mais son incidence doit permettre la prise en considération de ces données quant à la recherche de la nature de ce trouble de l'identité sexuelle.

4° - Sur le plan clinique

En ce qui concerne l'examen physique, 95 % des femmes transsexuelles sont considérées comme n'ayant aucune anomalie physique. De même, les examens gynécologiques pratiqués sont normaux dans 90 % des cas. Des anomalies du cycle menstruel ont été rapportées dans 26 % des cas (cycles irréguliers, règles peu abondantes), peut-être en rapport avec un dysfonctionnement ovarien ou hormonal. Parmi les quelques examens gynécologiques anormaux, on a parlé d'ovaires petits ou atrophiques, sans grande importance sur le plan clinique. Dans les cas où une laparotomie exploratrice fut réalisée, les examens macroscopiques et histologiques des ovaires se révélèrent normaux. On n'a retenu qu'un seul diagnostic anormal : syndrome de STEIN-LEVENTHAL. L'examen de la pilosité et des seins de ces femmes, s'est révélé, à 90 %, normal.

5° - Des données médicales modernes, on peut conclure (au stade actuel des recherches effectuées) que d'une façon générale, les femmes transsexuelles ne présentent aucune anomalie

phénotypique ou génotypique. En dépit de faits troublants sur le plan neurohormonal et EEG, on doit encore considérer que l'étiologie du transsexualisme reste inconnue, sur le plan organique. Avec des techniques plus fines et une recherche future, ces aires d'ignorance seront progressivement grignotées par la force toujours plus grande de la recherche scientifique. Les théories élaborées seront confirmées ou infirmées. Actuellement, on doit se contenter de conclure que l'étiologie du transsexualisme, les manifestations de ce syndrome, sont d'origine psychologique. C'est ce que nous allons tenter d'analyser par la suite.

III - ETUDE PSYCHOLOGIQUE, PSYCHIATRIQUE, PSYCHANALYTIQUE

Le transsexualisme parait donc une affection psychogène ; c'est pourquoi, il nous semble important :

- d'analyser les tests psychologiques pratiqués chez les sujets demandant un changement de sexe ;

- de rechercher les problèmes psychiatriques qui peuvent exister chez eux, afin de répondre à la question de savoir si le transsexualisme appartient à une entité nosologique connue ;

- d'ébaucher quelques réflexions psychanalytiques (en prenant en considération surtout les femmes transsexuelles).

1° - Analyse des tests psychologiques

On a pratiqué de nombreux tests psychologiques chez les femmes transsexuelles. Les plus intéressants nous paraissent : l'évaluation du Q.I., le T.A.T., le RORSCHACH, le M.M.P.I., le SZONDI.

a) Evaluation du Q.I.

Toutes les études faites ont révélé l'existence d'une intelligence normale avec des résultats s'étalant selon une courbe de GAUSS, mettant en évidence, d'une part des Q.I. faibles, d'autre part des sujets présentant une intelligence tout à fait supérieure. Mais, ces cas restent exceptionnels par rapport à la grande majorité d'intelligence moyenne.

En comparaison avec une population standard, les résultats sont à peu prés identiques, et il n'y a pas de différence significative.

b) Le T.A.T.

Les éléments le plus souvent retrouvés sont les suivants :

d'abord un besoin d'accomplissement de soi visant une identification virile. Les interprétations sont le plus souvent de type masculin, pratiquement jamais de type lesbien.

Dans le domaine sexuel, on note une ambivalence vis à vis de l'homme, mais l'expression du désir de possèder un pénis est souvent posé comme un idéal.

Enfin, on retrouve dans la majorité des cas, un élément "délirant", un secteur décrochant de la réalité, malgré des défenses de type névrotique (hystériques et /ou obsessionnnelles).

c) <u>Le RORSCHACH</u>

La problématique mise en avant est une problématique d'ordre névrotique, avec un équilibre variable entre les fantasmes et la réalité. Il existe une compensation au niveau de l'affirmation de la virilité (qui est survalorisée sur le plan narcissique) avec une revendication phallique dans une perspective hystérique. L'attitude générale est sthénique et agressive.

On retrouve un certain degré de labilité sur le plan sexuel et des tendances sadiques de castration vis à vis de l'homme.

c) <u>Le M.M.P.I.</u>

Ce test révèle une déviation de la structure d'intérêt de base dans la direction du sexe opposé (échelle masculinité - féminité). Les échelles de paranoïa et de dépression sont dans les limites de la normale, mais les sujets analysés se montrent peu accessibles à l'autocritique et présentent des traits à tendance caractérielle à l'opposition, au mépris des usages sociaux, ainsi qu'une méfiance importante, un désir d'originalité et une défense marquée envers les autres.

e) Le SZONDI

On retrouve un problème d'identification sexuelle avec une ambivalence marquée entre les positions féminine et masculine.

Il existe un refus de la sexualité féminine, perçue comme une castration, associé à une revendication phallique.

f) Dans l'ensemble des tests, on peut noter qu'en plus des problèmes d'identité sexuelle, on retrouve une angoisse omniprésente, soit évidente au premier plan, soit apparente derrière des mécanismes de défense de type névrotique, hystériques et /ou obsessionnels.

On ne retrouve pas de traits psychotiques, en dehors de la revendication phallique "délirante" (?) et du caractère rigide "paranoïaque".

2° - Etude psychiatrique

Peut-on faire entrer le syndrome transsexualisme dans une (ou plusieurs) entité nosologique psychiatrique classique ? Pour tenter de répondre à cette question, il faut passer en revue certains diagnostics retrouvés chez les personnes demandant un changement de sexe.

a) Considérations générales.

- La schizophrénie

On retrouve ce diagnostic évoqué dans quelques cas de demande de changement de sexe ou de trouble de l'identité sexuelle. Mais le pourcentage de ces cas reste trés faible.

Il faut noter que des délires à type de transformation corporelle (et surtout de changement de sexe) se rencontrent assez fréquemment chez les schizophrènes (délires à thème de métamorphose sexuelle).

Certains auteurs vont plus loin, et affirment que le transsexualisme est une forme de schizophrénie. Mais il est important de noter qu'autant au niveau des observations de la littérature, qu'au niveau de nos propres observations, la grande majorité des transsexuels ne sont pas schizophrènes.

Enfin, quand on arrive à équilibrer les rares cas de transsexuels schizophrènes (par le traitement, neuroleptique ou autre), on se rend compte qu'avec la diminution du délire, le thème transsexuel tend à disparaitre.

- La psychose maniaco-dépressive

On retrouve ce diagnostic chez un petit nombre de transsexuels (pourcentage néanmoins plus élevé que pour la schizophrénie)

Là, il faut noter l'alternance des phases de dépression et des phases maniaques. Lors des phases dépressives, le patient peut passer à l'acte (brûler les habits du sexe opposé qu'il portait, se faire une coupe de cheveux de son sexe biologique, refuser de sortir de chez lui, voire faire une tentative de suicide). Lors des phases maniaques, il peut au contraire avoir des activités farfelues (passer sa vie dehors, se montrer partout, exubérant, accentuant les traits physiques de l'autre sexe...)

Sans aller jusqu'au diagnostic de psychose maniaco-dépressive, on retrouve trés souvent chez les transsexuels, une alternance de phases dépressives et de phases "maniaques" tout au long de leurs démarches dont le but est le changement de leur sexe et la reconnaissance par l'entourage et la société de leur nouvel état. Il s'agit alors souvent de dépressions réactionnelles aux problèmes rencontrés dûs à l'incompréhension de l'entourage, (ces difficultés les mènent parfois jusqu'à un désespoir trés profond), alors qu'à chaque fois qu'ils réussissent à surmonter un obstacle, ils expriment leur joie par une phase euphorique.

De toute façon, qu'il s'agisse de psychose maniacodépressive ou d'un simple trouble de la thymie, le traitement adéquat stabilise l'humeur du sujet mais le syndrome transsexuel reste intact et le but que s'est fixé le patient demeure le même.

- Les névroses

Chez beaucoup de transsexuels, on a retrouvé des traits névrotiques surtout hystériques et /ou obsessionnels.

Ce sont les tentatives de suicide qui sont les faits les plus marquants et sont en rapport avec un syndrome dépressif névroticoréactionnel. Ces passages à l'acte sont souvent des appels au secours ou des suicides chantages, pour tenter d'obtenir le changement de sexe et la reconnaissance de ce nouveau sexe par les autres.

- La paranoïa

Il y a quelque chose d'une conviction délirante paranoïaque, d'une part dans le fait que malgré une personnalité sans problèmes, un secteur (celui de l'identité sexuelle) parait hors de la réalité ; le discours semble logique si on accepte le "postulat fondamental" : "Je suis une erreur de la nature, qui m'a attribué un sexe qui n'est pas le mien, il faut me réparer et faire de moi ce qu'en fait je suis réellement" ; d'autre part dans la forme de revendication face à la société et plus précisément face à la justice qui possède les clefs pour leur permettre de vivre (ou de ne pas vivre) comme un membre du sexe opposé au sexe biologique qui est le leur. On note la fréquence des demandes faites à la justice, sans cesse renouvelées tant qu'ils n'ont pas obtenu entière satisfaction : être reconnu comme un homme à part entière par tout le monde et de façon officielle (dans le cas d'une femme transsexuelle).

- Les perversions

Perversion sexuelle et transsexualisme diffèrent par un certain nombre d'aspects fondamentaux. Dans une perversion (anomalie de l'instinct sexuel dans le choix d'objet érotique), l'acte pervers est réalisé dans un but de plaisir sexuel. Dans le transsexualisme, le transvestisme, l'habitus de l'autre sexe, et tout le comportement sexuel contraire n'apparaissent pas à l'origine de la recherche d'un plaisir sexuel quelconque, mais sont des étapes nécessaires au patient pour essayer d'avoir la vie d'une personne du sexe opposé.

Quelquefois, on a retrouvé dans les antécédents de certains transsexuels des éléments pouvant évoquer une perversion (transvestisme, fétichisme, homosexualité), ce qui pourrait faire supposer que le transsexualisme représenterait l'état final de cette perversion.

Enfin, il n'y a pas de cas décrits où le syndrome transsexuel une fois établi, il disparait pour laisser la place à une perversion sexuelle.

De plus, en ce qui concerne leur conduite sexuelle, on a noté le plus fréquemment qu'elle était trés modérée voire nulle. L'intérêt pour tout ce qui touche le sexe (dans le sens érotique) parait trés faible.

b) Discussion nosographique

La structure du transsexualisme est caractérisée par une conviction fondamentale inébranlable du sujet d'appartenir au sexe opposé. Cette idée prédomine dans toute sa personnalité et devient une sorte de but à atteindre dans sa vie. Le sujet projette son malaise sur les autres et accorde une grande importance à l'aspect extérieur qu'il se donne. Il pense que tout le monde remarque que quelque chose parait faux en lui, et beaucoup de patients s'isolent pour cette raison. Quand ils se travestissent et vivent dans la peau d'une personne du sexe opposé (désiré par eux-mêmes), ils ressentent une sensation de bien-être. Le dégoût de leurs organes génitaux, associé à la conviction inébranlable qu'il y a quelque chose de faux dans leur morphologie (et la susceptibilité qui en découle voire leur dépression), fait que le transsexualisme semble proche de la dysmorphophobie.

Le dysmorphophobique en effet croit que certaines parties de son corps (les seins, les organes génitaux, ou les oreilles, le nez...) sont mal formées. Comme chez le transsexuel, l'interlocuteur n'est pas seulement sceptique face à ces griefs formulés par le patient, mais il est en plus frappé par le contraste existant entre l'intensité de l'inquiétude du sujet et la béni-

gnité du préjudice. Comme chez les transsexuels, l'idée exagérée voire fausse d'une anomalie ou d'une malformation imaginaire envahit toute leur vie. Comme chez les transsexuels, le seul remède à cette disgrâce semble être pour eux la chirurgie esthétique. Enfin, comme chez les transsexuels, les résultats postopératoires paraissent le plus souvent favorables.

Les noms de ces deux syndromes prêtent à confusion. Le terme "transsexualisme" suggère vaguement une anomalie sexuelle, ou une anomalie de l'instinct sexuel, ce qu'il n'est pas. Le terme "dysmorphophobie" contient le mot phobie, ce que ce syndrome n'est pas en fait. Mais dans ces deux affections, on retrouve une idée de base qui prend des proportions exagérées autour de laquelle tout le reste se structure.

Et c'est à partir de là qu'on peut discuter la paranoïa : "..... état psychotique dans lequel une idée délirante, généralement de persécution ou de grandeur, est l'anomalie essentielle. Les troubles de l'humeur, du comportement, de la pensée (y compris les hallucinations) découlent de ce délire...."

Intéressante aussi nous parait la description du caractère paranoïaque : "....hypersensibilité, rigidité, doute, jalousie, hypertrophie du moi, tendance à rendre les autres responsables de tout...."

Reste une possibilité : l'hypochondrie, ".... condition dominée par la prévalence du corps et par la peur d'une maladie imaginaire touchant un ou plusieurs organe(s). Néanmoins, cette peur n'a pas un caractère délirant, comme dans les histoires psychotiques, et elle persiste malgré toutes les réassurances..." Bien que le corps tienne une grande place chez le transsexuel, ce n'est pas dans le sens d'une crainte d'une maladie imaginaire.

c) Données actuelles

En premier lieu, on considére que toute personne qui désire un changement de sexe n'est pas forcément un transsexuel.

Les demandes de transformation sexuelle proviennent d'un éventail d'individus allant de l'homosexuel au vrai transsexuel, en passant par le travesti.

Le transsexualisme, au même titre que d'autres phénomènes touchant la sexualité de l'Homme, peut-être considéré comme une entité individualisée dans son étiologie, dans son vécu et dans son rapport avec les autres conflits touchant l'identité sexuelle, le rôle sexuel ou l'objet sexuel.

On peut prétendre qu'il se produit chez un individu un processus de cristallisation d'une identité sexuelle contraire à celle qui découlerait logiquement de son sexe somatobiologique, ce phénomène étant sous l'influence d'un certain nombre de facteurs organiques, sociaux ou psychiques. Mais les candidats à la conversion sexuelle peuvent présenter d'autres conflits de l'identité sexuelle et de rôle sexuel ou de déséquilibre face au contact avec la réalité, ce qui les différencie des vrais transsexuels.

De plus, si cette cristallisation s'est faite autour d'une identité sexuelle opposée au sexe somatobiologique, il existe différentes façons de vivre cette identité selon les individus concernés et les candidats à la conversion sexuelle ne sont pas tous des transsexuels.

On peut donc distinguer deux manières d'être un transsexuel : la première se présente comme le désir d'un changement de sexe motivé par une incompatibilité absolue entre les identités psychologique et somatique d'un individu (et on peut la considérer comme une entité clinique, une catégorie diagnostique) ; la seconde apparait comme un désir de transformation sexuelle au service de la résolution d'un conflit psychique, permettant le passage à l'acte d'un fantasme, une fuite de la réalité.... Et dans ce dernier cas, il ne s'agit plus d'une entité nosologique mais d'un symptôme ou d'un syndrome associés à certains troubles psychiatriques ou faisant partie d'un tableau clinique donné. C'est donc un syndrome (différent du transsexualisme) qui se rapporte à autre chose qu'à une incompatibilité absolue entre le soma et la psyché.

La littérature médicale a d'ailleurs mis en relation ce désir de conversion sexuelle avec les différentes formes de névroses, de psychoses ou de perversions, et on a pu dire qu'un tel désir pouvait se retrouver chez n'importe quel individu (désir décrit comme un des modes d'expression de la bisexualité).

Le problème majeur est représenté par le fait que le désir de conversion sexuelle ne s'appuie pas sur une dynamique uniforme, chaque cas pouvant avoir une histoire tout à fait personnelle. De plus, on assiste depuis quelques années à une augmentation du nombre de demandes de conversions sexuelles pour quatre raisons différentes :

- La première se rattache à une forme de "contamination sociale" : certains milieux d'homosexuels et de travestis véhiculent l'illusion que la transformation sexuelle est un remède miracle à tous les problèmes de dépression, de culpabilité, de difficulté de vivre. Et c'est assez tardivement (après 30 ans) que le sujet se découvre brutalement une "nouvelle identité". Parfois, le sujet connait le discours qu'il faut tenir face au milieu médical pour obtenir satisfaction.

- La seconde raison se retrouve dans le courant unisexe actuel, que l'on retrouve au niveau de la mode vestimentaire, de la remise en question de la masculinité et de la féminité... et qui ne soulage pas ceux qui ont des difficultés à vivre selon leur sexe somatobiologique. Et certaines personnes qui ont des problèmes considèrent le changement de sexe comme un fait divers alors que pour le transsexuel, il s'agit d'un moment fondamental de son existence qui va lui permettre de (re) trouver une identité aux frontières bien définies.

- La troisème raison se rapporte au fait que beaucoup de problèmes, de conflits ne peuvent qu'influencer le sens de l'identité d'une personne. L'identité sexuelle tient une place fondamentale dans l'individualité de chacun , et parfois, certains échecs, certains sentiments dépréciatifs chez certains sujets fragilisés, peuvent entrainer une remise en question de leur identité sexuelle.

- Enfin la dernière raison tient compte des tendances bisexuelles présentes chez chaque individu.

Bièn que toutes ces raisons n'expliquent pas pourquoi telle personne organise son existence autour d'un désir de changement de sexe, elles permettent, jusqu'à un certain point, de faire la part des choses. Parfois, le désir de conversion sexuelle peut se greffer sur un passé homosexuel, qui va se transformer (à la suite d'une rencontre fortuite, d'une lecture, d'une information écrite ou radio-télévisée...) en demande transsexuelle.

A la base même de ce désir, on ne retrouve pas une identité contraire au sexe biologique (on repère, par exemple, l'obligation de devoir faire l'apprentissage d'une nouvelle identité), même si le passé risque d'être interprété, repris ou reconstruit à partir du désir de conversion (et celà, soit de façon inconsciente si le patient craint la réalisation de son désir fantasmatique ou s'il reste malgré tout confus face à la véritable nature de son identité sexuelle, soit de façon consciente s'il se sent dans l'obligation de convaincre pour le bien-fondé de sa demande). Dans ces cas, la famille du patient peut corriger cette histoire aménagée alors que l'entourage du transsexuel ne peut que confirmer son récit véridique.

Plus importante parait la recherche de l'investissement des organes génitaux et la place que ceux-ci occupent à l'intérieur du moi corporel. L'érotisation des organes génitaux, leur utilisation répétée comme source de plaisir, leur place dans l'imaginaire orinique ou diurne du sujet, démontrent que le désir de conversion est une forme de déni de la réalité, qui permet la disparition de la culpabilité liée à l'homosexualité. Ce qui donne, pour les cas féminins, la proposition suivante : "Je ne suis pas une homosexuelle puisque c'est en tant qu'homme que j'aime les femmes". (voir observation personnelle n°= 4, Claudine A.)
On retrouve bien sûr le même discours chez la transsexuelle, mais avec la mise hors circuit de leur propre génitalité.

On retrouve aussi, derrière ce désir, le fantasme de pouvoir, une fois la transformation effectuée, soit choisir tout objet sexuel sans se heurter à un refus, soit de conserver pour toujours auprés de soi, l'objet d'amour choisi.

Le désir de transformation sexuelle peut se situer dans le prolongement du travestisme, et ce, surtout dans le monde du spectacle, l'intervention chirurgicale représentant le déguisement suprême.

Le vrai transsexuel ne présente pas sa nouvelle morphologie génitale en se rappelant en même temps et en le rappelant aux autres son ancien état anatomique.

Donc, il faut faire la différence et ne pas confondre de tels cas qui n'ont en commun avec le transsexualisme que le désir et les démarches entreprises auprés des équipes médico-psychologiques. De toute façon, il reste trés difficile de faire du transsexualisme une entité nosologique clinique et il faut considérer chaque demande de changement de sexe cas par cas.

3° - <u>Réflexions pschanalytiques</u>

a) <u>Le point de vue dynamique : la relation mère-enfant</u>

Tous les auteurs sont d'accord pour penser que c'est au cours des deux ou trois premières années de la vie que s'organiserait le transsexualisme et que les toutes premières relations du futur patient transsexuel avec sa mère, présentent des caractères particuliers.

Chez la femme transsexuelle, la dynamique familiale est la suivante : une mère, qui bien que féminine, ne peut procurer une sécurité affective à sa fille à cause de difficultés psychologiques personnelles, à type de syndrome dépressif ou autres.
Le père est masculin mais absent sur le plan psychologique, surtout à deux occasions fondamentales : il n'est pas en mesure de supporter sa femme face à ses problèmes émotionnels et ne veut pas encourager la féminité de sa fille. Ceci a pour effet que la fille

tente de supporter sa mère en prenant le rôle attribué au père. De plus, le père se montre trés permissif face aux activités masculines de sa fille.

Les femmes transsexuelles seraient de type secondaire (d'aprés STOLLER, PERSON et OVESEY) c'est à dire que leur désir de transformation sexuelle serait un mécanisme de défense contre leurs pulsions homosexuelles intolérables, fondées elles-mêmes sur un désir inconscient d'assurer la "réparation" de la mère à la manière d'un père puissant, afin de satisfaire chez elle un désir frustré, à l'origine d'un syndrome dépressif.

b) <u>Le point de vue économique : la vie fantasmatique</u>

On retrouve, chez le transsexuel, une sorte d'incapacité à dépasser le niveau de sa demande pressante et concrète, et un discours aussi concret que terne et répétitif (ce qui a amené à discuter la perversion et la conviction délirante). Mais celà peut-être le résultat de la rencontre psychiatrique elle-même (les psychiatres ayant des réactions allant de l'étonnement à l'incompréhension).

A l'interrogation : "d'où vient ce sentiment d'appartenir à l'autre sexe ?", s'ajoute une deuxième question : "Pourquoi demander une correction du réel ?" On pense habituellement que la nécessité de réaliser le fantasme est liée à la pauvreté de la valeur fonctionnelle de celui-ci dans la vie du transsexuel (déficit de la vie fantasmatique, carences dans la capacité de représentation).

c) <u>La vie sexuelle du transsexuel</u>

A l'opposé des pervers, ces patients présentent une hyposexualité relative (voire une asexualité). Le seul but sexuel à atteindre est de pouvoir satisfaire aux désirs du partenaire sexuel. La satisfaction purement sexuelle n'a que peu d'importance. Le transsexuel accepte la sexualité, mais parce que celà fait partie de ce que l'on attend de lui, ce qui correspond à une façon

parmi d'autres de se comporter en accord avec le sexe assumé. Souvent d'ailleurs, la demande de changement de sexe devient impérieuse à la suite d'une relation amoureuse stable ; car dans cette relation, il survient toujours un moment où "l' anomalie" ne peut plus rester secrète, l'image renvoyée n'est plus parfaite et une trés forte angoisse apparait ; c'est pourquoi, il faut corriger cette faille révélée de l'image pour la rendre aussi impeccable que possible.

Le transsexuel "réalise l'imaginaire", et cette réalisation appauvrit la vie fantasmatique, empêche une certaine sommation des énergies et fait disparaitre le besoin des décharges périodiques qui scandent la vie sexuelle de l'individu normal comme du pervers.

d) Constitution de l'identité sexuelle

Le transsexuel, qu'il soit mâle ou femelle, n'aime pas l'homosexuel. Le sexe qu'il revendique, il le porte parfaitement, et l'image qu'il renvoit a si peu d'ambiguité que l'interlocuteur averti aura plus de mal à l'appeler selon son sexe réel que selon l'apparence qu'il affiche.

Le transsexualisme ne parait pas être que le résultat fait d'une structure familiale particulière ou de certains traumatismes infantiles spécifiques. Ces facteurs n'apparaissent capables que de modifier le destin du sujet et il apparait qu'avant l'âge de trois ans, tout est pratiquement joué.

Aprés avoir distingué transsexualisme primaire et transsexualisme secondaire (ce dernier étant décrit comme une formation régressive de l'homosexualité et du travestisme), on peut retenir que ce qui se définit en premier chez l'enfant, c'est un sens de son sexe qui n'a rien à voir avec sa réalité sexuelle à venir. Toutes les observations concordent pour démontrer que d'aussi loin que remontaient leurs souvenirs, les vrais transsexuels s'étaient toujours sentis du sexe opposé à leur sexe somato-biologique.

Cette toute première étape apparait trés tôt et vraisemblablement au stade du miroir, au moment de la constitution de cette image dans laquelle l'enfant se découvre un et différent de sa mère. Et en même temps que se constitue cette première représentation du moi, l'enfant est nommé et défini par son entourage (surtout par ses parents) en fonction de son sexe. Son prénom le désignera petit à petit comme garçon ou fille, au même titre d'ailleurs que le type et la couleur de ses habits, sa coupe de cheveux..... (Etre fille, par exemple, ce sera une série de caractéristiques visibles : des cheveux plus longs, des robes, roses surtout, des jolis petits souliers....) Dans toutes ces données, on ne retrouve rien de sexuel à proprement parler et il semble que c'est là que s'établissent les fondements de la masculinité et de la féminité. Le sens d'être mâle ou femelle apparaitra plus tardivement et sera contemporain du stade phallique où la différence des sexes dépendra de la conformation anatomique des organes génitaux.

Il semble que chez les transsexuels, des éléments déficients orienteraient dès cette toute première étape leur identité sexuelle vers le sexe opposé. Le problème du transsexualisme parait donc être celui d'un enfant auquel plus ou moins inconsciemment ses parents (et surtout sa mère) attribuent un sexe qui n'est pas le sien sur le plan anatomique. Son corps sexué lui paraitra étranger ou plus exactement, il le ressentira identifié à un mauvais objet par le mécanisme de l'identification projective.

e) <u>Les rapports avec la dépression</u>

Il existe une espèce de dichotomie entre le Moi psychique du transsexuel qu'il décrit comme ayant toujours été correct, mais de sexe opposé à son sexe somatobiologique, et une image corporelle inadéquate qu'il faut corriger à tout prix. Il semble que cette sorte de clivage intolérable qui s'institue entre une image mentale correcte et une image du corps non correspondante, doive être réparée par une transformation corporelle concrète. Ainsi, se trouve-

rait évacuée de façon définitive, la menace d'une dépression consécutive aux représailles du mauvais objet.

f) Oralité et transsexualisme

En opposition avec les théories analytiques présentant la sexualité comme la motivation inconsciente du transsexuel, certains auteurs présentent le problème comme étant plus profond et incluant l'oralité aussi bien chez le transsexuel mâle que chez la transsexuelle femelle. Ils soutiennent que la sexualité tient plus d'une histoire consciente (bien que souvent refoulée) que d'un conflit inconscient (bien que souvent présenté métaphoriquement comme un problème sexuel), et que les théories psychodynamiques incluant un besoin affectif plus fondamental que le besoin sexuel, sont peut-être plus correctes. Ces théories psychodynamiques amènent la notion de besoin de dépendance orale, une "culpabilité" orale nébuleuse, et une agressivité refoulée à partir d'une perception inconsciente de la frustration du besoin oral. Ces problèmes d'oralité peuvent être supposés d'un intérêt beaucoup plus important dans l'inconscient que des pensées incestueuses et certainement plus profond que d'avoir ou ne pas avoir un pénis.

IV - PROBLEMES POSES PAR LA DEMANDE TRANSSEXUELLE

Nous nous efforcerons dans ce quatrième paragraphe d'analyser succintement les difficultés thérapeutiques rencontrées par les transsexuels (hormonothérapie, chirurgie plastique, psychothérapie) et nous insisterons surtout sur les aspects médicolégaux.

1° - Difficultés thérapeutiques

Il existe une espèce d'escalade dans le "traitement" d'un transsexuel. En général, tout commence par un essai de prise en charge psychothérapique, puis ou en même temps, le sujet prend des hormones pour tenter d'avoir une configuration extérieure, une enveloppe, qui lui permettra de passer plus facilement pour une personne du sexe opposé à leur sexe somatobiologique. Enfin, une fois ce but atteint, assez souvent la demande sera plus radicale, et elle s'adressera au chirurgien esthétique : transformer complétement son corps en se rapprochant le plus possible du corps de l'autre sexe.

a) Les traitements psychologiques du transsexualisme et des troubles de l'identité sexuelle

Les sujets qui demandent une opération pour changement de sexe correspondant généralement au tableau du syndrome transsexuel ou au groupe plus élargi et moins bien défini des syndromes de "dysphorie du genre sexuel" (trouble de l'identité sexuelle, croisée et incongruente avec le sexe anatomique), sont classiquement considérés comme inacessibles à la psychothérapie.

Si cette affirmation reste la règle, des observations récentes ont été publiées où un traitement psychologique a permis le renoncement au désir de solution chirurgicale et l'accès à une identité sexuelle conforme au sexe anatomique.

- les différentes techniques

+ la thérapie comportementale :

Il s'agit du cas rapporté par BARLOW et collaborateurs en 1973, du traitement réussi d'un transsexuel mâle âgé de 17 ans, par les techniques de modification comportementale.

D'après ces auteurs, un rôle comportemental aussi complexe que masculinité ou féminité, peut être défini, décomposé en ses composants, et changé morceau par morceau, entrainant des modifications importantes sur le plan clinique.

Dans ce cas précis, le comportement moteur, la conduite sociale, les caractères de la voix, les fantasmes et attitudes sexuels, ainsi que les modèles d'excitation sexuelle furent changés, un après l'autre, entrainant une modification totale du rôle sexuel. Trois types de comportement parurent relativement indépendants les uns des autres. Dans seulement un exemple, un changement dans un type de réponse entraina une modification dans une seconde catégorie de réponse. Dans cet exemple, l'augmentation de l'éveil hétérosexuel entraina inopinément une augmentation des comportements du rôle sexuel masculin, alors que la réciproque n'est pas apparue.

D'ailleurs, l'idée de relations parmi les réponses n'est pas nouvelle ; une analyse expérimentale de ces relations est en cours d'élaboration et des troubles psychiatriques complexes comme ceux du transsexualisme, offrent un terrain fertile pour de telles investigations.

La suggestion de l'importance des fantasmes dans le comportement sexuel est également présente dans ce cas. Le rejet du rôle féminin n'est pas apparu tant que les fantasmes sexuels n'étaient pas touchés directement, en dépit des modifications plus précoces du comportement patent dans le sens féminin-masculin. Bien qu'il soit possible que les attitudes transsexuelles aient éventuellement changé parallèlement aux modifications comportementales précoces, il s'est passé quatre mois depuis que les comportements moteurs masculins ont été institués et aucun signe d'un changement d'attitude n'est apparu. Ces données suggèrent aussi que les modifications des modèles d'excitation sexuelle chez les transsexuels

doivent être précédés par des changements de la conduite du rôle sexuel, depuis que l'apparition conditionnée de l'éveil hétérosexuel et la disparition de l'intérêt homosexuel ont vu le jour seulement après que le comportement du rôle sexuel ait été modifié et pas avant.

Mais l'auteur ne propose pas ces procédés comme un traitement du transsexualisme ; il reconnaît qu'il est possible que ce cas ne soit pas un transsexuel typique, bien que les données de l'anamnèse (recueillies sérieusement) et le comportement présenté, permettent de faire entrer ce patient dans la catégorie des transsexuels selon des critères classiques, le seul trait inhabituel étant représenté par le fait qu'il accepta le traitement peut-être en raison d'une contrainte du moment ou de l'impossibilité d'une correction chirurgicale à son âge. Beaucoup de transsexuels, patients plus âgés et plus compliqués, ont refusé toute thérapeutique, considérée par eux comme une menace face à leur fausse identité sexuelle.

Dans le cadre flou du diagnostic, il se peut qu'il existe plusieurs sortes de transsexuels, chacune montrant une fausse identité sexuelle et un comportement inversé du rôle sexuel mais avec des variables de fond différentes (résultats de différences biochimiques à la période prénatale ?).

Il serait bien sûr erroné que ce patient n'était pas un transsexuel parce qu'il a changé, mais un travail plus important est nécessaire pour affirmer avec exactitude les raisons causales de l'apparition d'une fausse identité sexuelle, etleurs applications thérapeutiques (en particulier en étudiant de grandes séries de transsexuels).

Cependant, le fait que ce patient ait changé est important depuis que nous pouvons affirmer que ni le hasard, ni la maturité, ni les effets placebo, ne peuvent entrainer une modification de la demande transsexuelle.

Ici, il fut offert au patient, la possibilité d'apprendre les éléments comportementaux d'un rôle sexuel habituellement

acquis durant l'enfance. La possibilité d'acquisition retardée, par un "traitement", suggère que cet ensemble comportemental complexe est peut-être plus souple et plus modifiable qu'on ne le pensait.

+ l'approche psychothérapique :

. Thérapie individuelle et institutionnelle.

Cas rapporté par DEILAERT et KUNKE en 1969 : il s'agissait d'un transsexuel mâle adulte pris en psychothérapie analytique, traitement qui aboutit à un succés.

Cas de DAVENPORT et HARRISON (1977) d'une adolescente transsexuelle, âgée de quatorze ans et demi, qui ont décrit le succés de cette psychothérapie après vingt quatre mois de prise en charge (dont vingt en hospitalisation). Les signes de l'identité transsexuelle de cette patiente sont apparus dès la première enfance, mais le désir et la demande de changement de sexe ne sont apparus qu'à la période pubertaire. Il existe un évitement évident de la sexualité féminine, incluant le désir que ses fantasmes sexuels, orientés vers les femmes, étaient homosexuels. Elle a également dénié les conflits habituels à l'adolescence, au niveau du rôle sexuel et affirmé avec intransigeance qu'elle avait un cerveau de garçon et un corps de fille. Elle avait pendant un certain temps évité de porter des vêtements féminins, et bien qu'elle fut incapable d'interpréter ces faits, il semblait que cela représentait l'évitement de sa sexualité féminine.

L'affectation d'un thérapeute masculin pour prendre en charge une femme transsexuelle fut réalisée en raison de la disponibilité d'un psychothérapeute expérimenté. Le sexe du thérapeute ne paraissait pas important au début du traitement, quand le transfert était ambivalent et dépendant. Il faut noter que le traitement fut techniquement difficile en raison de la constriction idéatoire de la patiente, de la répression de ses affects, et de son attitude moraliste rigide. La première moitié du traitement

servit à former une alliance avec la patiente pour l'aider à expliciter des conflits propres à l'adolescence. Elle avait une position très défensive et semblait attendre un rejet en général et en particulier pour son désir transsexuel. Le thérapeute tenta de se faire accepter en tant qu'individu confrontant la patiente à son déni de la situation familiale et à la répression de ses affects. Plus tard, elle exprima un émoi sexuel envers son thérapeute et envers les autres hommes de l'équipe soignante. Les essais d'interprétation directe du matériel transférentiel sexuel furent des échecs. A cet égard, les décharges transférentielles sexuelles n'étaient pas pleinement résolues et furent prises en charge par une psychothérapie de soutien.

La compréhension de la constellation familiale eut une part importante dans le traitement de cette fille. Le rôle de la mère dans cette famille, était celui d'une femme dépressive, indécise et dévaluée, qui acceptait la charge de tous les problèmes familiaux. Le père était perçu initialement par la patiente comme un homme idéalisé, viril, puissant, ayant longtemps souffert. En réalité, le père était psychologiquement et physiquement absent. L'apparence de sa force était fondée sur la dégradation de la mère et de son rôle maternel. Il est certain que la reconnaissance par la patiente de la dynamique familiale réelle, a permis une identification progressive à la mère. Elle aida la patiente à avoir une nouvelle appréciation du rôle de la femme et à voir la situation maritale de ses parents comme pathologique et non comme celle de tant de familles.

Le port d'habits d'homme ou de femme apparut être le thème majeur des conflits entre elle et sa mère, et demeura un problème malgré le traitement. Les vêtements semblaient dotés d'une qualité sexuelle magique, au point qu'elle croyait réellement que "les habits faisaient l'homme". La mère, qui paraissait partager cette croyance avec sa fille, commença à lutter avec elle à propos des vêtements dès l'école maternelle. Il a été impossible de savoir si la mère partageait réellement cette attitude ou si cet intérêt pour les habits était au service d'un autre propos. Il fut

frappant que la mère, qui avait tant réprimandé sa fille à propos de ses vêtements inappropriés, ne ressentit aucune joie quand sa fille commença à s'habiller de façon appropriée.

La naïveté de la patiente à propos de l'opération de "changement de sexe" et sa surprise qu'elle ne ferait pas d'elle un homme véritable puissant, furent des points décisifs en faveur du traitement. Sa déception la motiva pour suivre une psychothérapie et pour considérer le changement de son identité psychologique en harmonie avec sa sexualité physique. Pour certains, ce fut le résultat d'une rationalisation. Cette nouvelle donnée l'a rendue capable à l'hôpital, de changer, sans perdre la face, la position qu'elle avait si obstinément maintenue si longtemps avec ses parents, tant au niveau de son identité sexuelle que pour ce qui concerne les problèmes vestimentaires. En conséquence, elle put participer à la thérapie sans craindre la féminité, dont elle avait besoin mais qu'elle ne pouvait connaître auparavant.

Enfin, il faut noter le rôle essentiel du milieu hospitalier dans le traitement. L'équipe fut capable, au début de l'hospitalisation, d'aider la patiente dans ses problèmes d'adolescence. Elle apporta un soutien et un renforcement discrèts mais constants des comportements féminins durant la deuxième année d'hospitalisation.

Deux ans après la fin du traitement, la patiente s'habille de façon beaucoup plus féminine et semble avoir adopté une identité féminine.

. Cas de psychothérapie brève du symptôme transsexuel, décrits par KIRKPATRICK et FRIEDMANN.

Ces auteurs rapportent deux cas (un masculin et un féminin). Pour eux, de nombreux patients qui se considèrent eux-mêmes comme transsexuels, n'ont pas un trouble profond de l'identité sexuelle. Mais le tableau est maintenant connu, et s'ils ont lu (le livre de BENJAMIN en particulier) et sont bien informés,

ils se présentent à la consultation avec toutes les caractéristiques classiques du syndrome transsexuel (ils affirment, par exemple, ne jamais avoir tiré plaisir de leurs organes génitaux) et peuvent convaincre l'équipe médico-psychologique et chirurgicale.

Ces auteurs font la distinction entre les vrais transsexuels, pour qui la transformation chirurgicale est justifiée, et les patients présentant des symptômes transsexuels, qui relèvent d'une psychothérapie (patients ayant fait une "crise transsexuelle"). Les idées transsexuelles seraient une défense contre l'anxiété et non une distorsion centrale, essentielle, de l'identité sexuelle. Le symptôme transsexuel serait une tentative d'éluder un deuil, la douleur d'une perte vécue comme "liée au sexe" et souvent conflictuelle, latente ou non.

La demande de transformation chirurgicale doit donc être soigneusement étudiée, en prenant garde que la consultation psychiatrique est souvent vécue comme un procès dont la décision permettra d'obtenir (ou non) l'opération. Le patient perd ses possibilités d'introspection, il peut jouer le parfait transsexuel et on passe ainsi à côté de problèmes de personnalité et existentiels qui peuvent avoir une solution extra-chirurgicale. (Il existe d'ailleurs des cas de suicide après opération). La requête d'opération pour changement de sexe est aussi un appel à l'aide. On peut aider le patient à reconnaître la crise en cours et former avec lui une "alliance thérapeutique". La psychothérapie peut être recommandée pour diminuer l'anxiété, elle peut aussi aider le patient pendant la période probatoire de vie selon l'autre sexe, reprise avant l'intervention.

+ L'exorcisme et la conversion religieuse.

Il s'agit d'un cas curieux décrit par BARLOW, ABEL, et BLANCHARD en 1977, intéressant un jeune homme de 25 ans, qui à la suite de séances de quelques heures d'exhortations, de prières et d'impositions des mains, abandonne sa fausse identité

sexuelle féminine et récupère son identité masculine !

- <u>les différents stades de la relation psychothérapique</u>

Il est intéressant d'essayer d'analyser les différents stades pour le patient et pour le thérapeute.

+ Les cinq stades pour le patient :

<u>STADE 1</u> : exhibitionnisme, confession. Le sujet se présente avec une certaine extravagance, tant dans sa façon de s'habiller que dans ses manières et dans son discours. Il est séducteur, manipulateur, exigeant (satisfaction immédiate des pulsions).

Il apporte un abondant matériel clinique "sans intérêt et révélant peu quant à la nature du conflit d'identité sexuelle". On note leur espoir d'une solution magique chirurgicale. Certains patients ont appris à apparaître comme le bon candidat.

<u>STADE 2</u> : suspicion, méfiance et scepticisme. Le patient teste les limites du thérapeute. Il se défend contre toute humiliation, blessure, honte auxquelles leurs problèmes les exposent. Il présente une peur intense que leur souhait de changement de sexe puisse être immédiatement satisfait.

<u>STADE 3</u> : suridéalisation et omnipotence du thérapeute. Une fois reconnu et accepté comme allié, le thérapeute est surinvesti. Mais le sujet se présente très demandeur, manipulateur, impatient (chantage au suicide).

<u>STADE 4</u> : déception, dévaluation du thérapeute. Le thérapeute perd tout prestige, quand il sera perçu comme un être réel et ordinaire qui ne réalisera pas l'attente magique de l'intervention chirurgicale.

<u>STADE 5</u> : rejet, détachement ou acceptation, attachement. Au stade de la chirurgie, on voit apparaître une augmentation de

l'anxiété, des idées suicidaires. La conduite post-opératoire du patient est imprévisible. Il y a un risque de complications post-opératoires de toutes sortes.

+ Les cinq stades pour le thérapeute :

STADE 1 : voyeurisme. Le thérapeute présente des sentiments ambivalents, une certaine curiosité voire une fascination face au patient, avec possibilité de culpabilité intense et fantasmes de punition.

STADE 2 : confusion. Apparition de la discordance entre identité et rôle sexuels, avec un certain ennui, une fatigue voire une hostilité active du thérapeute.

STADE 3 : déni et détachement, ou suridentification et acceptation. Apparition d'états d'anxiété ou d'autres troubles : l'acceptation du patient reste très problématique.

D'autre part, le thérapeute peut faire l'objet d'agressions sadiques bien que camouflées. Il faut faire attention également à l'acceptation et à la négligence des problèmes.

STADE 4 : consolidation. Régression et suridentification réactivent les problèmes d'identité du thérapeute.

STADE 5 : élaboration, attachement et détachement. Aide au patient, implication dans ses luttes existentielles. Le thérapeute doit supporter sereinement aussi le retrait soudain du patient de la relation, en particulier après la chirurgie.

- il existe donc des cas de syndrome transsexuel où un traitement psychologique a permis le changement de l'identité sexuelle.

+ Ces cas connus concernent des sujets jeunes, encore adolescents. Le traitement psychologique paraît plus aléatoire chez l'adulte plus âgé, mais il faut tenir compte de ce que nous avons

appelé les "crises transsexuelles".

+ Ces traitements sont variés : de la technique comportementale behaviouriste aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

+ La structure de la personnalité paraît donc plus malléable chez certains patients et peut-être que certains transsexuels ont, derrière l'obstination de leur demande, une certaine inconsistance de l'identité qui permettrait un changement d'orientation (mais s'agit-il de vrais transsexuels ?)

+ Il faut toutefois affirmer que ces changements restent des exceptions et les possibilités psychothérapiques dans le syndrome transsexuel demeurent très faibles. Ce que demande le transsexuel, c'est une intervention chirurgicale et rien d'autre. On peut seulement lui faire accepter la nécessité d'un approfondissement psychologique de ses désirs et de sa motivation, un traitement pour l'aider à résoudre certains problèmes ; mais cela n'est possible que si le sujet sait que l'intervention reste possible en dernier recours. En matière de changement de sexe, le psychiatre ne peut pratiquer sans le chirurgien (et la réciproque paraît indispensable).

+ La prévention d'un trouble psychologique grave et compromettant la vie sociale d'un adulte aurait peut être été possible pendant l'enfance grâce à un repérage précoce et une psychothérapie de l'enfant et des parents (la mère surtout).

b) Le traitement hormonal

Il a été prescrit dans deux buts différents (et l'on ne considèrera dans nos propos que le cas de la femme transsexuelle).

- On a quelquefois prescrit un traitement d'hormones femelles, surtout à la période de l'adolescence pour des problèmes d'aménorrhée ou de troubles de la menstruation de tout type.

Certains parents avaient même désiré cette prescription pour essayer de "féminiser" un peu le caractère de leur fille qui se comportait comme un garçon. (Voir à ce sujet ce que prétendait Michèle V. - observation personnelle n° 2 dans la deuxième partie de ce travail). Bien sûr, les résultats ne sont pas apparus évidents, et très vite, la patiente a abandonné ce type d'hormones.

- La plupart des transsexuelles ont reçu des hormones mâles (ce qui constitue en fait la première phase médicale de la transformation sexuelle). Toutes les patientes qui eurent la possibilité d'obtenir une transformation sexuelle par la chirurgie, furent traitées auparavant et durant une période d'au moins six mois par la testosérone. La plupart recevait une injection intramusculaire toutes les deux semaines. La majorité des patientes virent apparaître des modifications physiques marquées, dûes à ce traitement hormonal, alors que dans quelques cas, la masculinisation était soit peu marquée, soit inexistante.

Ces femmes transsexuelles étaient ravies de l'arrêt de leurs règles qui s'en est suivi. Elles étaient satisfaites aussi du développement de leur pilosité sur le corps et de l'apparition de la barbe. Beaucoup décrivirent une sensation générale de bien-être et de force physiques, même en l'absence d'une augmentation de leurs masses musculaires. Plusieurs patientes rapportèrent une diminution du volume de leurs seins ainsi qu'une modification du timbre de leur voix. Enfin, certaines décrivirent une augmentation du volume clitoridien.

Sur le plan psychologique, l'effet du traitement fut très positif. La plupart des patientes affirmèrent une amélioration marquée de leur état affectif, alors qu'une minorité de cas firent état du peu de changement voire de l'inefficacité du traitement à ce niveau.

Si pour une raison quelconque, une patiente oubliait une injection de testostérone et présentait alors une réappari-

tion de règles, elle se décourageait et devenait dépressive. D'une façon générale, il est peu probable de trouver un groupe d'individus plus motivés pour prendre une médication prescrite de façon adéquate. Bien qu'elles aient généralement beaucoup de plaisir à franchir ce cap initial de leur modification sexuelle, il ne faut pas beaucoup de temps pour qu'elles deviennent impatientes à attendre l'ablation de leurs organes sexuels féminins tant dépréciés.

c) Le traitement chirurgical

Tous les procédés utilisés dans la transformation sexuelle chirurgicale demandent l'application des principes fondamentaux de la chirurgie plastique dans les problèmes de reconstruction. La création d'un vagin, utilisant soit le tissu cutané pénoscrotal, soit des greffes de peau, après pénectomie et castration, donne des résultats très satisfaisants chez les transsexuels mâles. La création de l'anatomie génitale externe mâle, demande un plan d'action préopératoire très méticuleux et comporte des risques de complications sérieuses. La gageure technique inhérente à la construction d' organes génitaux externes mâles acceptables sur le plan fonctionnel et esthétique, est d'un intérêt majeur pour les chirurgiens plastiques.

La littérature scientifique contient peu d'informations concernant le protocole opératoire des femmes transsexuelles. Les observations isolées de techniques chirurgicales spécifiques, utilisées de façon unique chez certaines patientes sont d'une valeur considérable mais fournissent peu d'indications. Avant le développement des cliniques spécialisées dans les problèmes d'identité sexuelle, les procédés opératoires se limitaient le plus souvent à l'ablation des seins et à l'hystérectomie. PAULY fournit des données intéressant 22 femmes transsexuelles opérées mais souligna la probabilité que certaines patientes étaient comptées deux ou plusieurs fois dans ces statistiques anonymes, suggérant que ce nombre total de femmes opérées était moins important de façon subs-

tantielle. La vague actuelle d'intérêt pour le problème transsexuel résulte d'un accroissement de l'activité, et le nombre des femmes opérées a augmenté considérablement. Il existe très peu de données concernant les transsexuelles ayant subi l'intervention chirurgicale.

Les données limitées concernant l'adaptation post-opératoire au milieu social, des patients transsexuels mâles, montrent que les résultats de la chirurgie sont généralement satisfaisants. PAULY fournit des chiffres prouvant que des résultats semblables pourraient être obtenus avec les femmes transsexuelles. BENJAMIN, décrivant ses observations personnelles concernant une petite série de femmes transsexuelles opérées, considère les résultats comme bons et satisfaisants dans tous les cas, excepté un seul, considéré comme "résultat douteux".

- Matériel clinique

L'expérience de la construction des organes génitaux externes mâles a été acquise avec les femmes transsexuelles, les patients souffrant d'atrophie pénienne congénitale, et les patients présentant une amputation accidentelle du pénis. Il est intéressant de noter qu'un pourcentage significatif de femmes transsexuelles veut l'ablation des seins et l'hystérectomie, mais ne désire pas aller jusqu'à la construction d'un néophallus. L'augmentation du volume clitoridien, secondaire à l'hormonothérapie, a été, chez quelques patientes, mieux acceptée que les procédés de reconstruction en plusieurs temps. Une patiente a demandé et obtenu l'amputation de son phallus reconstruit, et a repris un rôle de "partenaire masculin" dans une relation lesbienne. La majorité des patientes opérées est mariée, certaines ont même adopté des enfants.

La comparaison des traitements chirurgicaux entre les cas femelles et les cas mâles, est d'un intérêt considérable. Tandis que les transsexuels mâles montrent fréquemment des tendances hystériques et/ou un comportement antisocial, la femme transsexuelle aborde l'intervention chirurgicale d'une façon sta-

hormonal approprié. On ne pratique pas d'intervention chirurficale chez les individus âgés de moins de 21 ans, des autorisations sont demandées aux parents et aux proches, et aucune intervention n'est réalisée sans la permission écrite des membres responsables de la famille. Toutes les interventions sont pratiquées après l'accord d'un comité spécial.

La prise de testostérone permet de façon substantielle la transition sur les plans psychologique et physique : la voix devient plus grave, un certain degré d'hirsutisme apparaît, le clitoris augmente de volume, et la charpente musculo-squelettique devient progressivement du type masculin. Une diminution significative de l'anxiété accompagne l'hormonothérapie. Beaucoup de patientes s'embarquent dans un programme accéléré de transformation physique et le résultat global peut être dramatique.

Le plan d'intervention chez les femmes transsexuelles doit être perçu comme "conditionnant la patiente par étapes."

- Les différents stades de l'intervention

+ l'ablation des seins : l'élaboration d'une poitrine de type masculin représente l'étape initiale du programme de transformation. De façon uniforme, les patientes sont consternées par le développement de leurs seins durant la période pubertaire et considèrent la présence des seins comme l'obstacle principal à l'apparence extérieure d'appartenance au sexe masculin. La majorité des patientes invente des "ceintures de poitrine", utilisant habituellement des bandes, qui leur permettent de porter chemises et cravates. Plusieurs patientes se sont automutilées et ont affirmé leur intention d'aller plus loin si on leur refusait l'intervention chirurgicale.

La prise de testostérone a une petite influence sur les seins féminins. Les jeunes patientes, qui ont commencé à prendre des hormones mâles durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, n'ont besoin que d'une diminution modeste du volume de leurs seins ; la testostérone a peu ou pas d'effet sur les poitrines

adultes, modérément ptosiques des sujets plus âgés.

Deux sortes d'intervention sont utilisées pour l'ablation des seins : l'excision du tissu mammaire utilisant une incision périaréolaire ; ou ablation de l'ensemble de la poitrine avec transplantation des mamelons.

+ Colpohystérectomie totale avec annexectomie : la seconde étape du programme chirurgical de transformation sexuelle consiste en une hystérectomie, avec ou sans l'étape initiale de la construction du phallus. L'hystérectomie est réalisée soit après une incision basse médiane, soit en utilisant pour la construction du phallus, l'extrémité inférieure de l'incision médiale afin de constituer la marge du battant du pédicule abdominal. L'utérus, les trompes, ainsi que les ovaires sont atrophiés de façon marquée chez les patientes ayant subi une hormonothérapie.

+ Construction de l'appareil génital externe mâle : "la peur d'être découvert" est un facteur fortement motivant chez tous les patients transsexuels. Une sensation profonde d'angoisse est associée à la crainte d'être mis dans une situation incontrôlable de par un accident ou une maladie, et d'être, de ce fait, "démasqué". Les faits quotidiens inévitables raniment cette même anxiété de la "crainte d'être découvert".

On doit souligner que la sexualité, comme on l'entend habituellement, est de loin moins importante pour le patient transsexuel que l'apparence sexuelle ; le but de la chirurgie est de permettre la réalisation d'une anatomie en harmonie avec l'identification sexuelle du sujet. On demande à tous les candidats à la transformation sexuelle chirurgicale, s'ils continueraient à réclamer l'intervention si l'arrêt de toute activité sexuelle en était une conséquence indispensable. Habituellement, la réponse est positive sans hésitation. Néanmoins, l'activité sexuelle est une fonction humaine normale et la possibilité de séduire une femme renforce fortement le sentiment de masculinité de la patiente transsexuelle.

La prothèse artificielle est utilisée habituellement pour les rapports sexuels. Une variété de systèmes ingénieux, incluant des modèles mécaniques capables d'érection, est disponible.

Avant l'intervention, toutes les patientes doivent connaître toutes les limites de la construction du phallus, la nécessité de multiples hospitalisations, ainsi que les procédés opératoires, l'emplacement du prélèvement du lambeau important du pédicule, l'absence de sensibilité et de possibilité d'érection du néophallus, et la possibilité de complications urinaires graves. Au niveau du patient, un simple phallus fait d'un tube à partir d'un lambeau pédiculé abdominal ne contenant pas d'urètre, apporte une sécurité psychologique considérable ; une verge pouvant avoir une fonction urinaire donne entière satisfaction ; et une verge capable d'une activité sexuelle dépasse toutes leurs espérances.

Une expérience importante de la chirurgie esthétique est essentielle pour l'obtention du meilleur résultat. Il faut être prêt à faire face aux complications secondaires au rejet des greffes et des lambeaux pédiculés, et être habitué aux problèmes urinaires (fistules, infection urinaire, incontinence). Un grand nombre d'expériences a été rapporté dans la littérature en ce qui concerne les réparations effectuées après traumatismes touchant le pénis et le scrotum. Cependant, il faut remarquer qu'il existe des différences essentielles entre la recontruction de l'organe après rupture du pénis et la construction d'un phallus chez une femme normale sur le plan anatomique. La remarque la plus importante est relative à l'emplacement de l'urètre mâle et femelle.

. Verge : GELB, MALAMENT, et LOVERME ont réalisé une revue générale de la littérature concernant la reconstruction totale du pénis. Les techniques actuellement employées se fondent sur l'utilisation d'un tube fait d'un lambeau pédiculé abdominal de GILLIES-FILATOV, décrit en 1916 ; il n'existe pas d'articles

qui ont rapport avec la reconstruction du pénis avant 1920. BORGORAS fournit la première observation de reconstruction totale du pénis, employant un lambeau pédiculé tubulé abdominal, contenant une greffe de cartilage costal du sujet lui-même. Une urèthrostomie périnéale fut réalisée, et il n'essaya pas de reconstruire l'urètre. FRUMKIN utilisa une technique analogue et tenta de construire l'urètre au moyen d'un lambeau tubulé pédiculé d'une portion intérieure de l'arrière-bras ; il affirma qu'on pouvait incorporer l'urètre dans le pénis reconstruit. MALTZ introduisit la notion d'insérer un second lambeau pédiculé jouant le rôle d'urètre, à l'intérieur du lambeau pédiculé abdominal. BERGMAN, HOWARD et BARNES rapportèrent leur expérience de l'utilisation des techniques de BORGORAS et FRUMKIN.

La technique la plus satisfaisante pour la création de la verge fut développée par GILLIES sur la base du procédé de MALTZ. La technique de GILLIES fut améliorée par la suite. Un bel exemple des résultats obtenus par ce procédé est rapporté par MILLARD. Une expérience supplémentaire de la technique de GILLIES est rapportée.

MAC INDOE décrivit un lambeau tubulé pédiculé abdominal plus bas sur la ligne médiane, incorporant un tube intérieur épais fait d'une greffe de peau à titre d'urètre. Récemment, DUSHOFF et LAUB attribuèrent un avantage considérable aux modifications de cette technique. DUSHOFF a utilisé un lambeau pédiculé tubulé abdominal de la ligne médiane basé sur la symphyse pubienne ; le lieu donneur du lambeau pédiculé est d'abord fermé, et une greffe cutanée est utilisée pour l'urètre. LAUB utilise la même technique sauf que la partie dorsale du lambeau pédiculé est constituée d'une greffe cutanée, aucune tentative n'est faite pour construire l'urètre, et une baguette en Silastic est utilisée pour obtenir une certaine rigidité.

ORTICOCHEA s'est lancé dans une entreprise monumentale en utilisant un lambeau pédiculé tubulé musculocutané innervé,

contenant le muscle gracile de la partie médiale de la cuisse ; la construction d'un néourètre était réalisée en utilisant un lambeau pédiculé tubulé, enroulé à partir du pli inguinal controlatéral, et la rigidité était assurée par une baguette en Silastic.

L'introduction du lambeau de l'aine a permis des progrès intéressants en ce qui concerne la construction de la verge. L'aine contient un petit système artério-veineux, permettant un prélèvement et un déplacement rapide, et est située sur une aire anatomique glabre. Le lambeau de l'aine paraît être la méthode de choix pour la construction de la verge.

. Urètre : MALTZ fut apparemment le premier à construire un pénis contenant un urètre fonctionnel. La technique de GILLIES est la plus satisfaisante pour la construction totale de la verge avec un urètre. Des greffes de peau épaisse furent utilisées avec succés par MAC INDOE et BEST. ARNERRI et EVANS utilisèrent la technique d'urétroplastie faîte d'une bandelette de peau enfouie (de DENIS-BROWNE). EVANS décrivit une ré-intervention de ce type sur un des cas opéré par GILLIES. MORALES, O'CONNOR et HOTCHKISS rapportèrent l'échec d'un cas utilisant une greffe de muqueuse vésicale pour la construction de l'urètre.

. Rigidité : des essais variés, ne donnant en général pas entière satisfaction, ont été réalisés afin de rendre le phallus construit sexuellement fonctionnel. Des greffes de cartilages costaux ont apporté le plus de satisfaction, et plusieurs auteurs en ont une expérience considérable. Des implants en acrylique furent utilisés par plusieurs autres, et ont été considérés comme non satisfaisants. MORALES a décrit aussi l'utilisation d'une mèche en métal incorporée. MUNAWAR implanta une greffe périostale de tibia et créa un ligament suspenseur au moyen d'une lame de fascia lata retenant la greffe osseuse à la partie antérieure du fourreau. Une technique semblable, utilisant cartilage costal et fascia lata fut employée par ALANIS. GAISFORD utilisa un gouttière en acrylique renforcée par une broche de STEINMAN. FARINE

et FRIER ont considéré que des implants rigides étaient inutiles par le fait que la fibrose présentée par le lambeau tubulé pédiculé abdominal, apportait une rigidité suffisante. MILLARD décrivit le cas d'un patient qui aimait avoir des rapports sexuels satisfaisants à l'aide d'un "renfort" inséré dans l'urètre reconstruit.

. Scrotum : GILLIES réalisa la première construction scrotale, assez intéressante sur le plan du procédé de transformation sexuelle chirurgicale. Un lambeau bipédiculé abdominal prélevé plus bas de façon transversale, comprenant les poils pubiens, était placé en bandoulière en dessous de la verge construite. La partie glabre fournit un résultat moins bon sur le plan esthétique. STEPHENSON et PADGETT utilisèrent des lambeaux médiaux importants de cuisse placés au niveau supérieur et médial. DOUGLAS utilisa des lambeaux de cuisse, technique qui demande un délai préalable et une greffe de peau sur les aires de prélèvement. GONZALES ULLOA utilisa des lambeaux médiaux de cuisse. L'utilisation des grandes lèvres paraît être un procédé approprié pour la construction scrotale associée à la transformation sexuelle chirurgicale ; cependant, les grandes lèvres ne fournissent pas une quantité de tissu suffisante pour fabriquer un scrotum acceptable. MILLARD a revu méticuleusement les techniques antérieures de la construction scrotale et décrivit un procédé qui apparaît comme étant le plus satisfaisant : des lambeaux pédiculés inguinaux bilatéraux, placés à la partie inférieure et légèrement postérieure à la base de la verge, sont destinés à être étendus dans les régions pubienne et inguinale, et de ce fait, incorporent une portion de peau non glabre. Les lambeaux sont prélevés sans délai préalable, et les aires de prélèvement sont refermées en premier. Des prothèses testiculaires en Silastic peuvent être introduites dans le scrotum construit.

+ Technique de John E. HOOPES (de la Johns Hopkins University of Medicine de Baltimore).

. le premier stade de la construction de la verge est entrepris en même temps que l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale. Les moyens utilisés par GILLIES sont employés. Un hirsutisme excessif empêche souvent l'utilisation d'un lambeau abdominal médian. Idéalement, la méthode intra-abdominale est utilisée au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision médiale employée pour la reconstruction de l'urètre.

La technique de GILLIES utilise trois incisions abdominales parallèles : l'incision latérale contourne la marge latérale du lambeau pédiculé tubulé abdominal ; l'incision médiane contourne la marge médiale du lambeau pédiculé tubulé abdominal et la marge latérale de la peau abdominale qui va servir à construire l'urètre ; l'incision médiale contourne le bord médial du futur néo-urètre. A la partie inférieure, le pédicule est placé sur l'artère épigastrique inférieure superficielle ; le courant veineux supérieur et inférieur est fourni par la veine thoraco-épigastrique. Lelambeau pédiculé tubulé abdominal est découpé selon les dimensions adéquates. La distance entre les incisions médiane et médiale doit être d'au moins quatre centimètres.

Les incisions médiane etmédiale sont contournées, et les marges latérale et médiale de la peau utilisée sont enlevées au niveau de l'aponévrose oblique externe seulement à une distance suffisante pour permettre de former un tube à partir de l'intérieur du lambeau de peau. Une suture est réalisée (en utilisant un fil résorbable) en prenant garde de ne pas laisser de fil dans la lumière du tube. Le lambeau tubulé pédiculé abdominal est alors détaché et enroulé autour du néo-urètre. Une greffe de peau épaisse prélevée au niveau de la fesse, ou de la partie sous-ombilicale de l'abdomen, est appliquée à l'endroit où a été prélevé le lambeau pédiculé abdominal.

La construction du néo-urètre à l'aide d'une greffe cutanée évite l'apparition de complications à type de rétrécissement et de fistule. Bien plus, la présence de cette greffe cutanée limite sévèrement le développement de ces complications.

. le deuxième stade peut être réalisé après une période de trois semaines et consiste à détacher le lambeau pédiculé abdominal avec le néo-urètre de telle sorte que le néo-urètre se trouve enroulé dans le lambeau pédiculé abdominal. Une greffe cutanée supplémentaire est nécessaire à ce stade.

. la troisième étape se fait après un certain délai et nécessite une anesthésie locale chez un malade en ambulatoire, du pédicule supérieur du lambeau abdominal. Cette troisième étape consiste à couper le pédicule supérieur du lambeau abdominal et à implanter ce pédicule à l'endroit prévu immédiatement sous la symphyse pubienne. Un caractère important de cette implantation est représenté par la préservation de l'épiderme et de l'innervation dorsale du clitoris, et l'incorporation du clitoris dans la surface dorsale du lambeau pédiculé.

GILLIES décrivit deux méthodes pour placer le néo-urètre : dans la première, le pédicule supérieur du lambeau abdominal est coupé et implanté à la partie immédiatement inférieure de la symphyse pubienne, de sorte que le pédicule inférieur du lambeau abdominal puisse éventuellement devenir l'extrémité distale de la verge ; dans la seconde, le pédicule supérieur coupé du lambeau abdominal devient l'extrémité distale de la verge, et le pédicule inférieur subit une rotation au lieu même de son implantation. Cette dernière technique présente des difficultés considérables et ne permet pas un positionnement convenable de la verge.

. la quatrième étape se fait après un certain temps, et nécessite, chez un patient en ambulatoire, une anesthésie locale du pédicule inférieur du lambeau abdominal. Elle consiste en la section du pédicule inférieur, de telle sorte que l'extrémité inférieure du lambeau abdominal devient l'extrémité distale de la verge construite. Des difficultés considérables sont rencontrées pour placer le méat urétral à l'extrême bout du néo-phallus, et le compromis consistant à placer le méat sur la partie ventrale doit être accepté en général.

Un problème important pour cette reconstruction est représenté par le fait que le méat urétral féminin normal est situé trop loin postérieurement pour permettre une anastomose directe entre ce méat et le néo-urètre dans le lambeau pédiculé abdominal. Le méat féminin normal doit, en conséquence, être avancé à une place plus antérieure avant l'implantation de l'extrémité supérieure du lambeau pédiculé abdominal. Cette intervention est accomplie de la meilleure manière selon la méthode de DUPLAY (1874) qui utilise une bandelette de peau suturée sur elle-même pour former un tube et couverte de tissu local. Cette manoeuvre préparatoire doit être entreprise soit au moment de l'enroulement du lambeau pédiculé abdominal autour du néo-urètre, soit au moment de la remise du pédicule supérieur du lambeau abdominal. L'anastomose du méat urétral en position plus antérieure avec le néo-urètre peut être réalisée lors d'une courte étape séparée ultérieure, représentant le stade final dans la reconstruction, et ne doit pas être pratiquée lors des autres temps opératoires. Une dérivation urinaire est alors nécessaire et est réalisée au moyen d'une cystostomie suspubienne.

Chez un patient, une portion d'iléon avec le mésentère entier fut incorporée dans un lambeau pédiculé tubulé abdominal fabriqué antérieurement. Des complications vasculaires post-opératoires dans le lambeau pédiculé ont compromis le succés de l'intervention.

Cet auteur n'a pas entrepris l'oblitération du vagin ni la construction du scrotum. Les patientes chez qui on a pu réaliser la construction complète de l'organe génital externe masculin, ont pu avoir des rapports sexuels satisfaisants sans l'aide de "supports". Le fait que la fibrose du lambeau pédiculé abdominal fournissait une rigidité suffisante a été vérifié.

La construction d'un néo-urètre pose encore de nombreux problèmes non résolus. Les complications survenant au décours de cette réalisation, suggèrent d'arrêter la reconstruction à l'éla-

boration de la seule verge, sans tenter de fabriquer un urètre fonctionnel. Ceci a été réalisé chez certains patients mais ce compromis laisse le chirurgien sur sa faim.

2° - Etude médico-légale du transsexualisme

Nous ferons le point des problèmes posés par la demande transsexuelle tant en France qu'à l'étranger (surtout dans les pays où une solution semble avoir été trouvée).

a) Le transsexualisme et la Loi en France

Il nous paraît intéressant d'envisager successivement quatre paragraphes : en premier lieu, la légalité de l'intervention chirurgicale pour changement de sexe ; ensuite, les problèmes juridiques posés par le changement de sexe et la demande de rectification de l'Etat Civil (et de changement de prénom) ; une troisième partie concernera les problèmes du transsexualisme face au mariage ; enfin, nous évoquerons les difficultés de prise en charge des "thérapeutiques" utilisées chez les transsexuels par les Assurances Maladies.

- la légalité de l'intervention chirurgicale pour changement de sexe :

Ce premier problème est subordonné à une série de questions juridiques préalables : les fondements de l'immunité pénale du médecin, les limites assignées aux droits de la personnalité (droit de la personne à disposer de son corps), les conceptions de l'ordre public et des bonnes moeurs, du sexe, et des ambiguités sexuelles. Les conditions auxquelles est assujettie cette thérapeutique chirurgicale, traduisent les options prises en ces matières par les systèmes juridiques. Ceux-ci peuvent se fonder sur un texte particulier, propre au "changement de sexe", sur des dispositions relatives à la castration ou à la stérilisation, ou enfin sur le droit commun.

Parce que l'aptitude des individus à la procréation et au service militaire (pour les hommes) concerne la collectivité, le droit français estime pouvoir proscrire toute intervention portant atteinte à l'intégrité physique de la personne. Il existe des lois "anticastration". Des sanctions pénales, en cas de violation, en assurent le respect.

La tendance française est "intégriste" : elle assimile les opérations de changement de sexe aux castrations et les soumet, par conséquent, aux dispositions pénales applicables en la matière. Plusieurs textes peuvent être invoqués en droit français : les articles 309, 310, 316 et 325 du Code Pénal (crime de castration) qui prévoient des peines d'amende et de prison en cas de mutilation d'organes sains, non seulement pour l'opérateur mais aussi pour l'opéré. Une application de ces articles bien qu'ancienne est restée célèbre. Elle a permis de condamner l'auteur de stérilisations masculines à un an de prison et ses opérés à quatre mois (Affaire des stérilisateurs de Bordeaux, 1er Juillet 1937). L'arrêt se réfère d'ailleurs aux notions civiles d'ordre public et de bonnes moeurs et ne relève pas la nullité de principe du consentement.

Sur le plan civil, à défaut d'un texte légal précis, la doctrine a élaboré une théorie selon laquelle toute convention relative à la personne physique est frappée de nullité, la personne humaine se trouvant en dehors du commerce juridique : il s'ensuit que des conventions propres à lui préjudicier ne peuvent être admises a fortiori. De plus en plus, la jurisprudence et la doctrine se détachent de cette prohibition et reconnaissent qu'elle est susceptible d'une certaine atténuation. Il n'en demeure pas moins que la doctrine de l'inviolabilité de la personne, en dépit de son caractère théoriquement dépassé (à l'époque de l'euthanasie, de l'avortement, de la stérilisation), continue à exercer sur les juristes une véritable inhibition. Si une opération n'est pas absolument nécessaire, le consentement donné par le malade ne peut supprimer le caractère fautif de l'acte et ce caractère demeure,

même s'il y a plus que ce consentement, plus qu'une acceptation de risques, si c'est la victime elle-même qui a sollicité l'intervention quelles que soient les supplications qu'elle ait pu adresser au chirurgien. La nécessité, principe de droit universellement admis par la doctrine et reconnu plus ou moins explicitement par la jurisprudence en matière médicale, est seule susceptible d'exonérer le médecin de toute responsabilité pénale et civile. Cette théorie postule la réunion de plusieurs éléments : le droit ou l'intérêt à sauvegarder doit être de valeur supérieure ou du moins égale à celui qui est sacrifié, ce qui implique une certaine hiérarchisation des valeurs ; le péril doit être certain et grave ; la nécessité ne justifie que la plus petite lésion susceptible de sauvegarder le bien en péril.

En 1962, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (à la suite d'un scandale déclenché par une affaire de rectification d'état civil obtenue dans les années 60 et suivie d'un mariage puis d'un divorce demandé par le mari abusé) prend position dans son Bulletin n° 1, p. 13 et n° 3, p.218 : "le Conseil National estime que les interventions qui n'avaient pas un but strictement médical et une indication médicale étaient à rejeter ...". Autrement dit, les opérations esthétiques qui n'ont pas un but strictement médical sont illicites. GRANJON, dans les conclusions d'un arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 18 Janvier 1974, développe cet argument. (La Cour d'Appel de Paris retient une faute personnelle du demandeur qui aurait dû veiller à la "conservation du sexe qui est le sien et dont il aurait pu maintenir l'apparence"). De même, la Cour de Cassation (premier arrêt, 16 Décembre 1975) a relevé que le demandeur "s'est délibérément soumis à un traitement hormonal, puis, hors de France, à une intervention chirurgicale, qui ont entrainé une modification artificielle des attributs de son sexe"). GRANJON estime qu'on doit, pour respecter la Loi, tenter de juguler l'activité illicite de ceux qui procèdent, sans s'être préalablement assurés de la légitimité de la nécessité inéluctable de leur intervention, à de telles opérations.

En France, l'intervention est donc en principe, sauf

cas de nécessité, illégale. Mais s'il s'agit d'une femme, certains chirurgiens consentent à lui extirper les ovaires et les seins, puis à pratiquer une intervention plastique sur les organes génitaux externes parfaitement constitués, sous un prétexte quelconque (règles douloureuses, glandes mammaires fibreuses). En fait, il n'y a pas de condamnations à propos de transsexuels dans la jurisprudence française. D'autant que les opérations sont effectuées à l'étranger (Maroc, U.S.A).

- Problèmes juridiques posés par le changement de sexe et la demande de rectification d'état civil (et de changement de prénom) en France :

+ les dispositions juridiques actuelles concernant l'acte de naissance.

Il faut reprendre l'Article 57 du Code Civil : "l'acte de naissance doit énoncer outre le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant. Tout individu, même s'il présente des anomalies, doit obligatoirement être rattaché à l'un des deux sexes masculin ou féminin. Cette mention du sexe fixe définitivement l'état de l'intéressé et jouit d'une présomption de vérité qui la rend opposable erga omnes jusqu'à preuve du contraire."

Une instruction générale concernant la déclaration de naissance des enfants de sexe indéterminé est parue en Août 1970 : "Lorsque le sexe d'un nouveau-né est incertain, il convient d'éviter de porter l'indication "sexe indéterminé" dans son acte de naissance. Il y a lieu de conseiller aux parents de se renseigner auprès de leur médecin pour savoir quel est le sexe qui apparaît le plus probable compte-tenu, le cas échéant, des résultats prévisibles d'un traitement médical. C'est ce sexe qui sera indiqué dans l'acte, sauf à le faire rectifier judiciairement par la suite en cas d'erreur. Si dans certains cas exceptionnels, le médecin estime en conscience ne pouvoir donner aucune indication sur le sexe probable d'un nouveau-né, mais si ce sexe peut être déterminé définitivement dans un délai de un ou deux ans, à la suite de traitements appropriés, il pourrait être admis, avec l'accord du Pro-

cureur de la République, qu'aucune mention sur le sexe de l'enfant, ne soit initialement inscrite dans l'acte de naissance. Dans une telle hypothèse, il convient de prendre toutes mesures utiles pour que, par la suite, l'acte de naissance puisse être effectivement complété par décision judiciaire. Dans tous les cas d'ambiguïté sexuelle, il doit être conseillé aux parents de choisir pour l'enfant, un prénom pouvant être porté à la fois par une fille ou par un garçon."

+ Rectification des actes de naissance : positions actuelles de la jurisprudence française.

La demande en rectification peut être introduite soit à la suite d'une erreur grossière et il n'y a alors aucun problème ; soit pour un état intersexuel, soit pour un transsexuel.

Elle est réglementée par les Articles 99 à 101 du Code Civil : "l'acte ne peut être rectifié que si la mention du sexe procède d'une erreur, celle-ci pouvant toutefois se révéler plusieurs années après. Il appartient au demandeur en rectification d'établir l'existence de cette erreur.

Il ne saurait être tenu compte des changements apportés artificiellement à la morphologie par l'ingestion de certaines substances, encore moins par une opération comportant des mutilations réprimées par la loi pénale. On ne saurait donc prendre en considération la "possession d'état", c'est-à-dire le fait qu'un sujet, à la suite de modifications corporelles artificielles dénaturant son sexe primitif, soit passé, dans son entourage, pour un sujet de sexe opposé. On ne saurait considérer comme déterminants les inconvénients que peut présenter pour le demandeur sur le plan psychosocial le maintien de l'acte de naissance.

Si le requérant ne rapporte pas la preuve qui lui incombe que sa conformation originaire ne le rattachait pas au sexe déclaré, il y a lieu de le débouter de sa demande.

Les tribunaux saisis de semblables actions désignent des experts (gynécologue, urologue, généticien) dont le rôle consistera essentiellement à déterminer quel était le sexe véritable du demandeur au moment de la naissance. Ils devront opter pour une solution dont l'incidence sur le plan social et moral est d'une gravité exceptionnelle."

+ Applications de ces dispositions aux transsexuels.

Bien que l'intervention soit interdite en France, cela n'exerce en principe, aucune influence sur le sexe juridique du transsexuel opéré. Le législateur est en général imprévoyant, il ne règle pas l'intervention ni ses répercussions dans le domaine juridique.

L'arrêt de la Première Chambre Civile de la Cour de Cassation du 16 Décembre 1975, saisie de la question, nie radicalement le changement juridique : "... Ayant relevé, sans dénaturer le rapport d'expertise, que le demandeur en rectification de son sexe sur l'acte de naissance, s'était délibérément soumis à un traitement hormonal, puis à une intervention chirurgicale ayant entrainé la modification artificielle des attributs de son sexe, les juges décident, à bon droit, que le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes, au respect duquel l'ordre public est intéressé, interdit de prendre en considération les transformations corporelles ainsi obtenues ...".

Cette attitude est suivie par de nombreux jugements et arrêts.

Tribunal de Grande Instance de la Seine, 18 Janvier 65, qui se fonde sur l'indisponibilité et l'imprescriptibilité de l'état des personnes, refuse " ... de prendre en considération des modifications artificielles, obtenues par des procédés dont certains pourraient même tomber sous le coup de la loi pénale, et qui auraient eu pour effet de dénaturer le sexe normal et primitif

d'un individu, sans lui conférer pour autant véritablement le sexe opposé ...".

Cours d'Appel de Paris, Première Chambre suppl. 31 Mai 1966 ;

Cours d'Appel de Paris, Première Chambre suppl. 8 Décembre 1967, faisant état du " ... principe selon lequel la rectification de l'acte de naissance ne peut intervenir qu'autant que l'officier de l'état civil ou le déclarant ont fait une erreur matérielle au moment de la rédaction de l'acte ... Une modification ultérieure du sexe d'un individu ne saurait être prise en considération pour ordonner une rectification de l'acte de naissance que si les caractères essentiels du sexe pré-existaient à l'opération qui doit n'être que révélatrice et non artificiellement créatrice."

Cour d'Appel de Bordeaux, 13 Juin 1972 : il s'agissait d'un individu qui, au moment de sa naissance, avait des organes génitaux masculins et dont, naturellement l'acte de naissance indiquait qu'il était du sexe masculin. Par la suite, il avait, dans la ligne du transsexualisme, recouru d'abord à un traitement hormonal, puis hors de France, à une intervention chirurgicale, et avait obtenu artificiellement une modification des attributs du sexe. C'est alors qu'il avait engagé une action tendant à faire remplacer dans son acte de naissance, la mention "sexe masculin" par celle de "sexe féminin". Les experts commis avaient estimé que, par suite des transformations intervenues dans sa morphologie, il était maintenant raisonnable de lui attribuer le sexe féminin ; il avait été débouté de sa demande. Saisie d'un pourvoi, la cour suprême l'a rejeté en disant que c'était à bon droit que la Cour d'Appel avait décidé "que le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes au respect duquel l'ordre public est intéressé, interdit de prendre en considération les transformations corporelles ainsi obtenues."

Cour d'Appel de Nancy, 5 Avril 1973 : demande d'un

sujet déclaré à la naissance de sexe masculin, de changement de prénoms (féminins). Rejet de la Cour d'Appel (après accueil de la demande par le Tribunal de Grande Instance). L'arrêt de la Cour de Cassation (qui commence par les mots "Sur la requête de la demoiselle S ..." et continue en disant "la demanderesse invoque ...", ce qui indique que, dans la procédure, l'intéressé, tout en se bornant à demander un changement de prénoms, s'était attribué d'autorité, et nonobstant son acte de naissance, le sexe féminin), suit l'arrêt de la Cour d'Appel qui indique "qu'il convient de ne pas couvrir certaines pratiques tendant à permettre des changements de sexe nuisibles à l'ordre public qui en serait troublé" ni de faciliter "certaines dégradations des moeurs et des travestis intolérables".

Tribunal de Grande Instance de Senlis, 12 Juin 1973.

Cour d'Appel de Paris, 18 Janvier 1974 : "Tout individu, même s'il présente des anomalies organiques, doit être obligatoirement rattaché à l'un des deux sexes, masculin ou féminin, lequel doit être mentionné dans l'acte de naissance ; cet acte fixe définitivement cet élément de l'état de l'intéressé ; il ne peut être rectifié que si la mention du sexe procède d'une erreur, celle-ci pouvant toutefois se révéler plusieurs années après. Il appartient au demandeur en rectification d'établir l'existence de cette erreur ; il ne saurait être tenu compte des changements apportés artificiellement à sa morphologie par l'ingestion de certaines substances, encore moins par une opération comportant des mutilations réprimées par la loi pénale."

Cour d'Appel de Limoges, 4 Juin 1975 : "Un individu déclaré à sa naissance comme étant du sexe masculin ne peut, en raison de l'indisponibilité et de l'imprescriptibilité de l'état des personnes, solliciter utilement la rectification de son acte de naissance, lorsqu'il résulte du rapport de médecins experts précédemment commis que les interventions médicales et chirurgicales auxquelles le requérant s'est soumis ont été, chez un sujet né et resté de sexe masculin, artificiellement créatrices, et

non révélatrices, de féminité."

Cour d'Appel d'Amiens, Première ch. civ., 4 Octobre 76. La doctrine est moins intransigeante (voir les commentaires de R. LINDON, les conclusions de M. le Substitut FABRE sous Trib. Gde Inst. Seine 18 Janvier 1965, ou celles de M. GRANJON sous Paris, 18 Janvier 1974). La reconnaissance peut être totale ou partielle, légale, judiciaire ou administrative. L'intervention peut être inefficace sur le plan juridique. Cette non reconnaissance globale est compatible toutefois avec une certaine reconnaissance partielle, variable selon les secteurs juridiques en cause ou, à tout le moins, avec une tolérance dans les faits.

1° - <u>La non-reconnaissance</u>

De nombreux arguments font obstacles à la reconnaissance juridique du changement de sexe.

a) L'absence de dispositions légales précises justifierait le refus de modifications sur le plan juridique. Cet argument est non seulement passif, négatif, mais il est aussi provisoire.

b) L'ordre public et les bonnes moeurs s'opposeraient également à la reconnaissance juridique du changement de sexe (art. 6, 1172 et 900 du Code Civil). Voir arrêt de la Cour d'Appel de Nancy (5 Avril 1973).

c) Enfin, les notions juridiques relatives au sexe reposent sur une série de principes a priori.

- La conformation des organes génitaux externes à la naissance est la base juridique de la détermination du sexe du nouveau-né. Or, le législateur ne précise pas la notion de sexe. La jurisprudence a dû donc suppléer à la carence de la Loi. Elle a adopté le critère morphologique externe. (Voir l'arrêt de la

Cour de Cassation, Ch. Civ.,6 Avril 1903 : " ... attendu que, bien loin d'établir que le sexe de la dame G. soit méconnaissable, ni qu'il soit identique à celui de son mari, l'arrêt attaqué, tout en déclarant qu'elle est dépourvue d'organes génitaux internes, constate expressément qu'elle présente extérieurement toutes les apparences du sexe féminin ..."). Ce dernier comprend les caractères sexuels primaires et secondaires de l'individu. En réalité, la jurisprudence a souvent négligé les organes internes et ne s'est souciée que des caractères sexuels secondaires et des organes génitaux externes. L'absence ou malformations des organes génitaux externes ont même été assimilées à l'impuissance (Arrêt de la Cour de Cassation, Ch. Civ., 6 Avril 1903 : " ... le défaut, la faiblesse ou l'imperfection de certains organes caractéristiques du sexe sont sans influence possible sur la validité du mariage ... Qu'il en peut résulter seulement un état d'impuissance naturelle ou accidentelle ...".

- La notion de sexe évolue et se modifie. La jurisprudence affirme cependant que le sexe fondamental révélé par des examens chromosomiques est définitif et immuable. (Cour d'Appel de Paris, 18 Janvier 1974 : "les trois autres experts ... ont indiqué ... que si, actuellement, G ... a toute la morphologie féminine, la morphologie des organes génitaux externes au moment de la naissance, indépendante du sexe chromosomique et encore plus de l'ambiguïté de la formule chromosomique, devait être vraisemblablement du type masculin").

- La jurisprudence, face au problème de l'indétermination sexuelle, ne peut résoudre ses propres contradictions internes et rétrécit considérablement le champ d'application du concept de l'intersexualité.

2° - <u>La reconnaissance partielle ou variable</u>

Selon les secteurs juridiques envisagés, l'individu appartient à l'un ou l'autre sexe :

- Parfois, le transsexuel mâle est dispensé des obligations militaires pour cause de gynandrie (Arrêt de la Cour de Paris du 18 Janvier 1974, conclusions de M. GRANJON) ;

- Quelquefois, il peut sur autorisation judiciaire, changer de prénom (Jugement infirmé par la Cour de Nancy le 5 Avril 1973 dont l'arrêt lui-même a été cassé par la Cour de Cassation le 16 Décembre 1975. Conclusions de M. GRANJON sous Paris, 18 Janvier 1974 : "Après deux expertises, le tribunal a débouté G ..., il a toutefois cru devoir ajouter que ce dernier avait toujours la possibilité, en vue de rémédier aux répercussions psychologiques soulignées par les experts, de solliciter, par voie de requête, une modification de son état civil par l'attribution de prénoms neutres".

3° - <u>La reconnaissance totale</u>

Le principe de l'intangibilité des actes suscite un problème important. Il nécessite le recours au tribunal. Une action judiciaire doit donc être intentée. Cette action soulève de nombreuses difficultés. Doit-elle s'analyser en une simple action en rectification, en une action en inscription de faux ou en une action d'état ? La procédure est-elle gracieuse ou contentieuse ? L'utilisation de la voie contentieuse est-elle compatible avec l'action en rectification ?

a) Selon un premier courant doctrinal et jurisprudentiel, l'action en rectification de l'acte de naissance ne semble pas susceptible d'aplanir la difficulté. Le procédé est non seulement inexact mais dangereux. On peut citer des jugements et arrêts français : Paris 31 Mai 1966, Paris 18 Janvier 1974, Paris 16 Décembre 1975. Mais cette action que NERSON qualifie "d'action en réclamation de sexe" ne peut aboutir dans l'état actuel des textes ; les principes d'indisponibilité et d'imprescriptibilité qui régissent l'état des personnes y font obstacle. La possession d'état ne peut être invoquée : elle ne peut faire acquérir un état auquel on n'a pas droit. Tels sont en tout cas les arguments avancés par une certaine partie de la doctrine et de la jurisprudence.

b) Le second courant jurisprudentiel et doctrinal autorise la rectification de l'acte de naissance.

De nombreux jugements français adoptent ce biais juridique : Tribunal de Saint-Dié 3 Juin 1966, Paris 8 Décembre 1967, Tribunal de Grasse 17 Octobre 1969. Coccinelle ou Jacques DUFRESNOY a défrayé la chronique. En 1961, il obtient la rectification de la mention de son sexe sur les registres de l'état civil ce qui lui permet de se marier en 1962, pour divorcer six mois après. Autre cas connu : celui de Pimprenelle.

L'action en rectification implique une erreur matérielle sur le sexe au moment de l'acte de naissance ; comme le déclare NERSON, c'est un esprit "insoucieux de vérité objective qui paraît animer les tribunaux" lorsqu'ils ordonnent la rectification dans les cas de transsexualisme. La modification de l'énonciation concernant le sexe dans l'acte n'est possible et ne peut se justifier que si la preuve est rapportée que la constatation était à l'époque erronée et que l'enfant, à sa naissance, était d'un autre sexe.

L'erreur paraît difficile à démontrer dans les cas de transsexualisme ! Les tribunaux développent, en tout cas curieusement, les mêmes arguments que l'arrêt de la Cour de Cassation du 6 Avril 1903, et ne se basent que sur les apparences extérieures de l'individu avant toute transformation ou sur le sexe chromosomique, sans tenir compte du "sexe psychique".

Parfois, mais plus rarement, une nouvelle dimension est assignée à l'action en rectification. La procédure est utilisée en vue d'adapter l'acte de l'état civil à la réalité. Les jugements et arrêts français suivants se rallient à ce point de vue : - Tribunal de Grande Instance de Toulouse, 1ère Ch., 29 Janvier 1976 : "l'action en changement d'état civil fondée sur une transformation du sexe s'analyse non pas comme une simple rectification d'état civil qui relèverait aux termes de l'art. 99 du

Code Civil, de la seule compétence du Président du Tribunal de Grande Instance, mais en une véritable action d'état dont l'examen relève de la compétence du Tribunal de Grande Instance.

Un individu qui a subi dans l'évolution de ses caractères sexuels soit du fait de sa nature, soit du fait d'éléments extérieurs, des transformations si importantes qu'il ne peut plus, sans troubles graves, supporter le statut social correspondant au sexe déclaré lors de sa naissance, est en droit d'obtenir, après expertise médicale, la modification de son état civil quant à l'indication de son sexe.

La modification du prénom est en pareil cas la conséquence du changement de sexe."

- Tribunal de Grande Instance de Dijon (1ère Ch. Civ.) 2 Mai 1977 : "Si le requérant n'a pas d'organes masculins, organes que, semble-t-il, il n'a jamais possédés ; qu'il n'a pas non plus d'organes génitaux féminins, mais un vagin, et qu'il présente les caractères sexuels secondaires de la femme : poitrine développée et pilosité féminine ; que de plus, depuis de très nombreuses années, il se considère comme une femme et mène la vie sociale d'une personne de ce sexe, devant cette situation, il apparaît au Tribunal que puisque le requérant doit nécessairement être rangé dans le sexe féminin ou dans le sexe masculin, c'est au sexe féminin qu'il doit maintenant être rattaché.

La configuration anatomique, créée par les opérations étant irréversibles, et le "sexe psychique" étant fixé dans le sens féminin depuis de nombreuses années, il y a lieu de modifier l'état civil du demandeur, afin de le faire coïncider avec son état réel.

En effet, l'état civil d'une personne est susceptible de modifications au cours de l'existence de celle-ci et celui qui subit dans sa personne une mutation profonde et irréversible est en droit d'obtenir une modification correspondante de son état civil.

En droit, l'argument qui pourrait s'y opposer est celui de l'indisponibilité de l'état des personnes, mais il n'y a pas entorse à ce principe lorsque, comme en l'espèce, la mutation n'est pas le fait de la volonté de l'intéressé, mais le résultat d'une évolution naturelle et d'interventions chirurgicales opérées dans un but thérapeutique.

Il y a donc lieu de faire droit à la demande ...".

- Arrêt de la Cour d'Appel de LYON du 4 Décembre 1979, confirmant un jugement du 11 Juillet 1979 du Tribunal de Grande Instance de SAINT ETIENNE et ne retenant pas un arrêt de la Cour de Cassation : il s'agit du cas d'une certaine Madame Danielle B. qui après cinq ans de procédure, est devenu Monsieur Daniel B. aux yeux de la Loi.

Les décisions du Tribunal de Saint-Etienne et de la Cour de Lyon ont été chaque fois prises en opposition avec le Ministère Public, qui continue à affirmer "la primauté incontestable du sexe génétique sur le sexe psychologique". Pour les magistrats stéphanois, M. Daniel B., 37 ans, originaire de Saint-Etienne, marié religieusement par l'Archevêque de son pays résidentiel, le Maroc, après enquête canonique, est bien devenu un homme. "Les données actuelles de la biologie tendent à considérer le sexe psychologique comme un élément déterminant. L'intéressé a retrouvé une image corporelle correspondant à son sexe psychologique." M. Daniel B. qui est considéré au Maroc comme un homme, a subi un traitement hormonal et plusieurs opérations aux USA, ce qui lui a permis de se marier en 1976.

L'expert-psychiatre avait observé "qu'il était certain que le sujet a désiré faire coïncider son aspect corporel avec ce qu'il pensait être, au point de vue psychologique, son véritable sexe et qu'au point de vue social, il a adopté une conduite masculine dans tous ses aspects, y compris le mariage."

Le Procureur avait demandé le rejet de la demande, es-

timant que "l'expertise avait mis en évidence l'existence d'un sexe génétique intangible de type féminin, le critère permettant de rattacher les individus à l'un ou l'autre sexe d'une manière parfaitement objective n'étant pas contestable." Le Procureur avait rappelé que "la jurisprudence constante, concrétisée par une décision de la Cour de Cassation, avait toujours posé le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes au respect duquel l'ordre public est intéressé, ce qui interdit de prendre en considération des transformations corporelles ainsi obtenues."

- Le transsexualisme et le mariage

+ l'opération des transsexuels mariés.

L'état de conjoint est-il un obstacle à l'opération ? L'opération cause-t-elle le divorce en cas de désaccord entre les conjoints sur le choix de la thérapeutique ? L'inexistence, la nullité du mariage en cas d'accord entre les époux ?

Il n'y a encore rien dans la jurisprudence française qui permette d'élaborer des réponses à ces questions.

+ le mariage des transsexuels non opérés.

Deux hypothèses peuvent se présenter : le mariage a lieu entre des partenaires de même sexe : il y a "mariage inexistant" ou nul (Tribunal Civil d'Alais, 23 Janvier 1873). La différence sexuelle est en effet une condition essentielle du mariage. L'article 144 du Code Civil stipule seulement que l'"homme avant 18 ans révolus, la femme avant 15 ans révolus, ne peuvent contracter mariage". Le mariage est, par définition, l'union de l'homme et de la femme. Cette condition est présumée, elle découle de la nature même des choses. Bien que le transsexuel vive cette union à titre d'expérience hétérosexuelle, elle ne se distingue pas d'une simple union entre homosexuels.

Deuxième hypothèse : le mariage se contracte parfois entre deux personnes de sexe différent. Les transsexuels peuvent se marier avant toute intervention chirurgicale. Les transsexuels masculins se marient par amour ou par crainte de leur anomalie. Le plus souvent, leur union dégénère car les femmes ne peuvent tolérer leur penchant pour des hommes en général hétérosexuels. Ils sont souvent impuissants. Les rapports sexuels sont en tout cas rares. Certains ont parfois des enfants. Chez les femmes transsexuelles, la libido homosexuelle est plus prononcée. Lorsqu'elles se marient, elles refusent assez fréquemment tout rapport hétérosexuel, avec leur mari qui leur fait horreur. Quelquefois, elles ont des enfants. Quand ces mariages aboutissent à une séparation de corps ou à un divorce, des causes très variées peuvent être invoquées, comme par exemple la conduite déshonorante et immorale, l'injure grave ...

+ Le mariage des transsexuels opérés.

Première hypothèse : les transsexuels opérés n'ont pas obtenu la reconnaissance juridique de leur changement de sexe. Pour l'état civil, le transsexuel masculin reste un homme, le transsexuel féminin, une femme. Puisque le critère morphologique externe est réputé artificiel en l'occurence, seul le critère biologique est retenu. La conséquence juridique est sans doute logique mais quelque peu surprenante : un transsexuel masculin ou féminin peut, après une opération de changement de sexe, contracter mariage avec un partenaire de même sexe morphologique externe mais de sexe chromosomique divergent. Ce cas est toutefois plus théorique que réel, car, après l'opération, les transsexuels désirent plus souvent conclure un mariage avec un partenaire de leur sexe chromosomique.

Deuxième hypothèse : lorsque les transsexuels masculins ou féminins ont changé de sexe à l'état civil. Il n'y a d'ailleurs qu'un tel mariage qui puisse être envisagé : le transsexuel masculin opéré ne peut épouser qu'un homme, le transsexuel féminin opéré qu'une femme.

Il y a possibilité de prononcer la nullité relative ou le divorce pour cause d'erreur, de dol, de dissimulation de l'impuissance (femmes transsexuelles) ou de la stérilité (Article 180 du Code Civil).

Voir les jugements du Tribunal Civil de Grenoble, 13 Mars et 20 Novembre 1958, Tribunal de Grande Instance de Lille 17 Mai 1962, de Saintes 23 Mars 1965, de Lyon 5 Mai 1971, d'Avranches 10 Juillet 1973.

- Le transsexualisme et les problèmes de prise en charge des frais dûs aux traitements, par l'Assurance Maladie.

Le code de la Sécurité Sociale précise que seuls les traitements et interventions à visée thérapeutique sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Cela pose le problème de la chirurgie plastique en général, mais en ce qui concerne les transsexuels, doit-on considérer les prescriptions médicales (hormones surtout) et les interventions chirurgicales (de transformation sexuelle) comme étant thérapeutiques ou non ? Nous avons vu les difficultés rencontrées dans ce domaine par Denise S., observation personnelle n° 1 de la deuxième partie de ce travail.

b) Données juridiques actuelles à l'étranger :

Nous avons retenu essentiellement l'état des lois et de la jurisprudence en Afrique du Sud, au Canada, aux U.S.A et surtout le texte de loi suédoise de 1972 qui nous paraît très intéressant.

- En Afrique du Sud

Un article de S.A. STRAUSS explique comment une femme transsexuelle obtient, après traitement médico-chirurgical, une rectification d'état civil officielle.

Bien qu'il n'existe pas de loi spécifique concernant le transsexualisme, une modification d'état civil peut se concevoir dans le cadre même de la loi en vigueur en Afrique du Sud.

Les actes de naissance sont enregistrés selon l'article 81 datant de 1963 sur l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès, par l'administration du Ministère de l'Intérieur (en ce qui concerne les individus de race blanche !). L'officiel concerné est l'officier d'état civil dont le siège est à Prétoria.

Le paragraphe 5 de l'article laisse la possibilité à l'officier d'état civil, d'apporter des corrections "par suite d'omissions, de défectuosité ou d'erreur" sur un certificat de naissance après que ce même officier ait reçu "une quelconque information, notification, note, déclaration, ou un quelconque certificat à propos d'une naissance ... transmis en référence à cet article ...". Bien que cette clause n'ait pas été spécialement créée pour les transsexuels, elle peut être appliquée dans une telle situation.

Le paragraphe 8 de l'article permet une modification du nom dans les termes suivants : "Quand la naissance d'une personne a été enregistrée, et quand le nom sous lequel cette naissance a été enregistrée est modifié ..., la personne elle-même, si elle est âgée de 21 ans ou plus, peut s'adresser au Secrétaire du Ministère de l'Intérieur pour le changement de son nom et à ce moment, le Secrétaire peut, s'il est convaincu que le requérant a des raisons valables de faire cette demande, et après paiement de la taxe en cours (s'il doit la verser), corriger l'acte de naissance de la personne sus-citée en insérant le nom modifié sur son acte de naissance enregistré dans son service, mais sans effacer le nom original." Selon les termes de ce paragraphe, des adultes qui désirent changer leurs prénoms peuvent le faire théoriquement de façon routinière. Le requérant n'a même pas besoin d'avancer des raisons en faveur d'une telle demande.

La procédure pour le changement de prénom dans le cas de transsexualisme est relativement simple. La demande fut faîte par un avocat, qui adressa une requête écrite au nom de la requérante àl'officier d'état civil, expliquant les raisons de la de-

mande et sollicitant une entrevue. Par la suite, un membre du bureau de l'Etat Civil invita l'avocat à venir discuter de la demande. Le Service responsable adopta une attitude compréhensive face à cette demande. On demanda au requérant de compléter des papiers d'identité, et ce dernier dut fournir, à l'appui de sa demande de changement de sexe, des certificats d'un psychologue, d'un médecin généraliste, d'un chirurgien et d'un gynécologue. Ces documents devaient être accompagnés du permis de conduire et du permis de port d'armes. Une taxe a été payée.

Puis, l'officier d'Etat Civil exigea un examen psychiatrique afin de statuer sur l'orientation psychologique du requérant. On demanda aussi à l'avocat de fournir des informations précises sur l'apparence des organes génitaux externes du requérant. On lui adressa en réponse un certificat établi par un psychiatre et un certificat fait par un chirurgien esthétique. Après quelques semaines d'attente, l'avocat fut informé par l'officier d'Etat Civil que la demande avait été acceptée.

- Au canada

En ce qui concerne le changement de nom, il n'y a pas de problème : la juridiction canadienne autorise quiconque à changer son ou ses nom(s) s'il le désire (sauf dans un but frauduleux) et à utiliser un autre nom que celui inscrit sur son acte de naissance, sans crainte de la justice. Un transsexuel peut demander à changer son nom au Tribunal et avec l'accord de celui-ci, peut obtenir plus facilement la modification de son nom sur tous les documents de la vie quotidienne.

Par contre, la mention de changement de sexe sur l'acte de naissance paraît beaucoup plus difficile à obtenir et ce qui nous paraît intéressant, ce sont les nouveaux textes de loi adoptés dans certaines provinces du Canada (comme la Colombie Britannique, l'Alberta, le Nouveau Brunswick), qui établissent le statut légal de l'inverti sexuel : "§ 1 - Quand une personne qui a subi

une chirurgie transsexuelle, n'est pas mariée au moment de sa demande de changement de sexe, le Directeur peut, en accord avec la paragraphe 2, changer la mention du sexe sur l'acte de naissance de cette personne, de telle sorte que la désignation du sexe corresponde aux résultats de la chirurgie transsexuelle.

§ 2 - Une telle requête doit être faîte dans la forme prescrite, par la personne ayant subi l'intervention chirurgicale transsexuelle, et doit être accompagnée :

a) quand la chirurgie transsexuelle a été réalisée dans une province du Canada, d'un certificat d'un médecin praticien, qualifié et autorisé à exercer la médecine dans cette province, expliquant les procédés chirurgicaux utilisés et certifiant qu'il a pratiqué cette chirurgie transsexuelle sur le requérant ; ou

b) si la chirurgie transsexuelle a été réalisée en dehors du Canada, d'une preuve que la personne qui a pratiqué cette intervention était, au moment de celle-ci, qualifiée et autorisée à exercer la médecine dans cette juridicition ; et d'un certificat exigé à la clause (a), certifié par la personne qui a pratiqué l'acte chirurgical ; et

c) d'un certificat d'un médecin praticien qui, bien que n'ayant pas opéré le transsexuel, est qualifié et autorisé à pratiquer la médecine dans la province, et qui est agréé par le Ministère de la Santé à délivrer de tels certificats, certifiant qu'il a examiné le patient, le résultat de son examen justifiant le certificat du praticien ayant opéré le transsexuel, que les résultats de la chirurgie transsexuelle sont en accord avec la demande de régulation.

§ 3 - Chaque certificat de naissance émis après l'enregistrement de la modification, doit être délivré avec l'enregistrement original en précisant le changement de sexe."

En Alberta, le texte de loi est le suivant :

§ 1 - Quand une personne a eu son sexe anatomique modifié en un autre sexe que celui inscrit sur son certificat de naissance, le Directeur, sur l'établissement par le requérant de (a) deux déclarations écrites et sous serment faîtes par deux médecins praticiens dûment qualifiés, chaque déclaration indiquant que le sexe anatomique de cette personne a été changé, (b) après vérification de l'identité de cette personne peut (c) si le sexe de cette personne est enregistré en Alberta, mettre une notification de changement de sexe ; (d) si l'enregistrement a été fait en dehors de l'Alberta, transmettre à l'officier chargé de l'enregistrement des naissances et des mariages dans la province dans laquelle la personne est enregistrée, une copie de la preuve du changement de sexe effectué par le Directeur.

§ 2 - Tout certificat de naissance ou de mariage après la modification doit comporter la notification du changement de sexe."

- Aux U.S.A

L'examen de la loi aux U.S.A permet de conclure qu'un chirurgien peut, sans crainte de la justice, pratiquer une opération de changement de sexe sur un adulte consentant ou un mineur consentant (avec l'accord du tuteur légal). Un transsexuel, sans trouble psychotique, peut donner son consentement à une telle transformation, mais celui-ci, qui devra être écrit et certifié par une troisième personne, devra être beaucoup plus détaillé qu' une autorisation d'opérer habituelle. Il doit comporter, par exemple, le nom et l'âge du patient (aucune intervention ne pourra être effectuée sans l'accord des deux parents et l'autorisation du Tribunal pour un mineur, en dehors d'autres possibilités prévues par la loi) ; son curriculum scolaire (surtout si le patient a suivi des études universitaires) ; la description des modifications demandées par le patient, et son accord ; la connaissance par le patient des complications générales encourues par le geste chirurgical, des complications particulières gynécologiques et urologiques, du fait qu'il n'y aura pas de résultat fonctionnel sexuel

et pas de possibilité de procréation comme un membre du sexe anatomique auquel il ou elle aspire ; enfin, le fait que cette intervention est demandée uniquement dans le but d'éviter une détérioration de sa santé mentale.

De nombreux états permettent actuellement les changements de sexe sur les certificats de naissance après l'intervention.

- En Suède

La loi suédoise du 21 Avril 1972, concernant la détermination du sexe dans certains cas, paraît très satisfaisante :

§ 1 - Celui qui, depuis sa jeunesse, éprouve qu'il n'appartient pas au sexe qui a été inscrit aux registres officiels et qui se comporte depuis longtemps de cette manière et dont on peut ainsi présumer qu'il vivra, à l'avenir, ce rôle sexuel, peut, sur sa propre demande, obtenir la constatation qu'il appartient à l'autre sexe. Cette constatation est licite, indépendamment du fait que l'appartenance sexuelle du demandeur ait été déjà constatée précédemment selon le § 2.

La constatation selon le § 1 n'est licite que si le demandeur qui a 18 ans accomplis, a été stérilisé ou est incapable de procréer pour d'autres raisons.

§ 2 - Celui qui a de telles difformités de ses organes génitaux que des doutes concernant son appartenance sexuelle existent, peut en demander la constatation selon le § 1, si cela est compatible avec le développement des organes génitaux et si une correction des difformités peut être entreprise de manière à ce que les organes correspondent mieux avec le sexe désiré, ou si la correction n'étant pas réalisable, une telle appartenance sexuelle correspond mieux à la constitution physique générale du demandeur.

Celui qui a 18 ans accomplis ou qui, plus jeune, n'est plus sous tutelle, doit faire lui-même la demande selon le § 1. Dans les autres cas, la demande doit être faite par le tuteur. Si la demande concerne un enfant de plus de 12 ans, la constatation n'est licite qu'avec l'accord de l'enfant.

§ 3 - La constatation selon les § 1 et 2 ne peut être demandée que par un citoyen suédois non marié.

§ 4 - Si quelqu'un projette de demander la constatation selon les § 1 ou 2, une intervention sur ses organes génitaux ne peut être pratiquée qu'après l'obtention d'une autorisation spéciale, dans le but de les adapter au sexe opposé. L'autorisation ne peut être accordée que si les conditions pour l'obtention de la constatation sont réunies.

La demande d'autorisation doit être faite par celui qui demande la constatation. La prescription du § 2, alinéa 2, phrase 3 sera appliquée. Si jusqu'au moment de l'octroi de l'autorisation, aucun médecin n'a été indiqué, l'intervention sera faite à l'hôpital par un médecin qui y est employé.

Il y a des prescriptions spéciales pour la stérilisation et la castration.

§ 5 - La question de la constatation selon les § 1 ou 2, ou de l'autorisation selon le § 4, sera tranchée par l'autorité sociale suprême.

§ 6 - Contre les décisions de l'autorité sociale, on peut recourir au Tribunal Administratif.

V - SOLUTIONS PROPOSEES.

1° - Sur le plan médical

En premier lieu, il ne faut pas rejeter d'emblée la demande du transsexuel, car celle-ci répond le plus souvent à une souffrance morale intérieure trés importante, et le rôle du médecin est de soigner le corps mais aussi d'essayer d'atténuer la souffrance psychique d'une personne (l'individu constitue un tout qu'il faut prendre en considération).

A notre avis : - il faut d'abord réaliser une analyse psychiatrique et psychologique avant tout traitement, pour vérifier l'authenticité du transsexualisme et pour apprécier le sérieux de la volonté de changer de sexe (éliminer les "crises transsexuelles" rencontrées dans certaines maladies psychiatriques et dans certaines perversions sexuelles ; donc faire un diagnostic différentiel aussi précis que possible).

Cette étape tentera également de faire prendre conscience des conséquences du processus de transformation sexuelle. On y incluera bien sûr tout un bilan (hormonal, EEG, génétique...) et un essai de prise en charge psychothérapique.

- Ensuite, pour les indications retenues, un traitement hormonal préalable à toute intervention chirurgicale sera prescrit, pour permettre à un transsexuel de s'habituer à son évolution, de s'adapter à sa nouvelle identité (ou de confirmer cette nouvelle adaptation) et à son nouveau rôle.

- Il faut aider le transsexuel à intégrer sa nouvelle identité par une prise en charge psychothérapique et l'aider à faire face à la vie sociale (à vivre en société comme une personne de l'autre sexe)

- Si la volonté du patient se maintient, on aura recours à l'intervention chirurgicale, aprés un délai variable de un à deux ans de vie dans l'autre sexe, pour assurer les meilleures chances de succès.

- Enfin, il faut suivre le patient durant quelques années pour l'aider à traverser des périodes difficiles, et pour l'assister dans ses démarches de demande médicolégale de reconnaissance de changement de sexe et de changement de prénom.

2° - Sur le plan médicolégal et social

a) Changement d'état civil

Les arguments avancés pour refuser la modification du sexe d'état civil paraissent dépassés (comme le recours à l'ordre public et aux bonnes moeurs, qui ne s'opposent pas à l'exploitation des transsexuels dans les cabarets et boites de nuit par exemple !), et il semble nécessaire qu'en France, on établisse un texte de loi autorisant les modifications des actes de naissance. Une législation spéciale et globale appropriée au sort des transsexuels parait souhaitàble.

Les propositions que nous formulerions à ce sujet sont les suivantes : la possibilité de modifier le sexe sur l'acte d'état civil, aprés expertise par un collège de médecins (comprenant des spécialistes endocrinologue, psychiatre, médecin légiste, chirurgien), par un tribunal qui statuera selon les textes de loi (à élaborer, du type de la loi suédoise) et la jurisprudence, au vue des certificats médicaux établis. Cette modification ne devrait pas supprimer totalement l'ancienne désignation du sexe d'origine de l'acte de naissance, mais indiquera le changement de sexe.

La meilleure solution serait d'intégrer la justice au processus de transformation dès le début, en incluant un ou plusieurs magistrats parmi les médecins (ce qui permettrait d'une part de rendre licites les opérations de transformation sexuelle, d'autre part de ne pas mettre les magistrats devant un fait accompli, et de ne pas réclamer des institutions judiciaires une solution thérapeutique, si l'on considère qu'il n'y a pas de remède clinique au transsexualisme et que la seule solution consiste à donner satisfaction à l'intéressé).

b) En ce qui concerne le problème du mariage

En ne faisant que corriger l'acte d'état civil, en maintenant l'ancienne désignation du sexe, on peut éviter un certain nombre de problèmes au moment où le transsexuel voudra se marier. Il semble indispensable que le conjoint soit au courant de la transformation, ou qu'au minimum, il sache que le couple sera stérile.

Dans les cas où la réinsertion sociale serait satisfaisante (et dans les pays où le changement d'état est admis, et où les autorisations ne sont délivrées qu'aprés des examens minutieux et une prise en charge importante, on constate un grand nombre de succès), on ne comprendrait pas qu'on leur refuse le droit au mariage, voire la possibilité d'adopter des enfants.

c) Enfin, au niveau de l'Assurance Maladie

- Le problème de la carte de Sécurité Sociale, qui conditionne tout l'avenir professionnel de ces sujets, et sur laquelle le sexe est mentionné par l'attribution dans le numéro d'immatriculation, d'un chiffre (1 pour le sexe masculin, 2 pour le sexe féminin), on proposerait l'attribution d'un chiffre 0 ou 3 (sexe ambigu ou indéterminé) en attendant la décision judiciaire, puis, soit attribuer un 1' pour les transsexuels féminins opérés et reconnus de sexe masculin, un 2' pour les transsexuels masculins opérés et reconnus de sexe féminin, soit plus simplement, de modifier le chiffre en attribuant le 1 pour les femmes transsexuelles opérées et le 2 pour les hommes transsexuels transformés en femmes (et reconnus officiellement).

- La prise en charge des traitements médicaux et chirurgicaux devrait se faire selon les modalités d'entente préalable, en incluant au collège des médecins un (ou plusieurs) médecin conseil. Ces traitements sont en effet onéreux, et on ne voit pas pourquoi, à partir du moment où on reconnait le caractère thérapeutique de ces interventions, les cotisants ne bénéficieraient pas des avantages auxquels toutes les autres personnes ont droit.

d) Tous les autres documents utiles dans la vie quotidienne (carte d'identité, passeport, permis de conduire...) seront bien sûr modifiés dans le sens de la décision judiciaire.

C O N C L U S I O N

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

A partir de six observations (quatre personnelles et deux de la littérature) nous avons tenté de faire le point sur le transsexualisme (en insistant sur les cas de femmes transsexuelles).

C'est ainsi qu'après avoir essayé de cerner la notion de sexe, nous avons fait un diagnostic différentiel des états, maladies ou syndromes organiques ou psychiques qui ne sont pas le transsexualisme, avant de définir avec précision ce que nous entendons par transsexualité.

Logiquement, il nous a semblé intéressant d'étudier succintement le concept de bisexualité (ses racines historiques, les éléments médicaux, la bisexualité psychique) avant de voir en détail le concept de transsexualité.

Nous avons commencé par un bref historique, puis nous avons étudié les données modernes médicales (génétique, endocrinologie, électroencéphalographie), les faits d'ordre psychique (avec un bilan psychologique, un essai de classification nosographique, des éléments empruntés à la psychanalyse).

Ce qui a retenu le plus notre attention, ce sont les problèmes rencontrés, tant au niveau thérapeutique (échec des psychothérapies, traitement hormonal, difficultés de traitement chirurgical) que sur le plan médico-légal (et nous avons étudié tour à tour la licéité de l'intervention chirurgicale pour changement de sexe, les problèmes juridiques posés par le changement de sexe et la demande de rectification d'état civil -et de changement de prénom-, les problèmes du transsexualisme face au mariage en France, et nous avons comparé ces données avec les lois en vigueur à l'étranger, la plus satisfaisante nous paraissant celle existant en Suède).

Enfin, nous nous sommes efforcés de proposer des solutions tant au niveau médico-psychologique que sur le plan médico-légal et social.

Nous pensons, au terme de cette étude, qu'il existe un syndrome transsexuel, que les sujets atteints par cette affection présentent une souffrance morale très importante et demandent une aide que la médecine et le droit doivent être en mesure de leur apporter.

Nous avons été frappés par les analogies qui existent (toutes proportions gardées) entre la situation actuelle d'un sujet désirant changer de sexe et celle d'il y a quelques années, d'une femme demandant qu'on la fasse avorter. Toutes deux sont en rapport avec la sexualité, sujet tabou, et provoquent de ce fait des réactions passionnelles et violentes. Comme pour l'avortement autrefois, le transsexualisme est généralement rejeté par la médecine officielle et oblige à recourir aux services de praticiens clandestins, parfois peu scrupuleux ou de médecins étrangers. De même que le problème de l'avortement a trouvé un début de solution depuis qu'une loi a été votée par le Parlement, on peut espérer qu'un texte de loi spécifique apportera une amélioration à la situation douloureuse des transsexuels.

Le Président de la Thèse :

Professeur A. MARIN

VU et permis d'imprimer

Dijon, le 16 JANVIER 1980

Le Doyen,

B I B L I O G R A P H I E

1° - AJURIAGUERRA De (J.). Evolution de la sexualité et désordres psychosexuels chez l'enfant, pp. 391 - 444 in Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1970.

2° - ALBY (J.M). L'identité sexuelle : pour quoi faire ? Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 327 - 333 Gallimard, 1973.

3° - ARON (C.). Les facteurs neuro-hormonaux de la sexualité chez les mammifères. Nouv. Rev. Psychanal, 7 : 81 - 115 Gallimard, 1973.

4° - BARLOW (D.H.) ; REYNOLDS (E.J.) ; AGRAS (W.S.) Gender Identity change in a Transsexual. Arch. Gen. Psychiatry, 1973, 28 : 569 - 576.

5° - BELLI (M.M.). Transexual surgery. A new Tort ? J.A.M.A., May 19, 1978, Vol. 239, n° 20, pp. 2143 - 2148.

6° - BENJAMIN (H.). Should surgery be performed ou transsexuals ? Am. J. Psychother, 1971, 25 (1), 74 - 82.

7° - BIEDER (J.). Le transsexualisme. Ann. Med. Psychol., 1974, 2 (4), 635 - 646.

8° - BOURGEOIS (M.). Les traitements psychologiques du transsexualisme et des troubles de l'identité sexuelle. Quelques tentatives récentes. Ann. Med. Psychol., 1978, 136 (9), 985 - 1008.

9° - BOUSQUET (M.). Les changements de sexe. Concours Med., 1969, 91 (25), 5336 - 5340.

10° - BRISSON (L.). Bisexualité et médiation en Grèce ancienne. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 27 - 48 Gallimard, 1973.

11° - BUHRICH (N.) ; Mc CONAGHY (N.). Clinical comparison of transvestism and transsexualism : an overview. Aust. NZ. J. Psychiatry, 1977, 11 (2) : 83 - 86.

12° - BULLOUGH (V.L.). Transsexualism in history. Arch. Sex. Behav., 1975, 4 (5) : 561 - 571.

13° - BUREAU (J.) ; TREMPE (J.P.) ; JODOIN (L.). Transsexualité : catégorie, diagnostic ou expérience d'un individu. Cah. Sex. Clin. 1978, 19 : 25 - 39.

14° - CADUDAL (J.L) ; RIVAL (J.M) ; MENAGER (C.) ; OLLIERIC (J.); MAINARD (R.). Deux observations d'ambiguïté sexuelle. Aspect iconographique. Ouest Med, 1975, 28, 21, 1519 - 1523.

15° - CALNEN (T.). Gender identity crises in young schizophrenic women. Perspect. Psychiatr. Care, 1975, 13 (2) : 83 - 89.

16° - CAYRON (R.) ; KOUPERNIK (C.). La mort du transsexualiste. Concours Med., 1970, 92 (44) : 8038 - 8040.

17° - CHAFFANJON (P.) ; BRUNO (M.) ; ARROYO (H.) ; AUBERT (L.). Le malheur d'être un intersexuel. Méditerranée Méd., 70, 9 - 26.

18° - CLEMENT (R.). Le praticien devant l'ambiguïté sexuelle chez la petite fille. Presse Med., 1968, 76, 21 : 1013 - 1014.

19° - COTE (G.). Examen psychiatrique du transsexuel : Cah. Sex. Clin, 1978, 19 : 41 - 45.

20° - DAVENPORT (C.W.) ; HARRISON (S.I.). Gender Identity Change in a female Adolescent Transsexual. Arch. Sex. Behav., 1977 6 (4) : 327 - 340.

21° - DAVID (Ch.). La bisexualité psychique. Rev. Fr. Psychanal., 1975, 39 (5-6) : 695 - 856.

22° - DAVID (Ch.). Les belles différences. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 231 - 249 Gallimard, 1973.

23° - DORNER (G.). Différenciation hormono-dépendante du cerveau et comportement sexuel. Gah. Sex. Clin., 1978, 19 : 21 - 24.

24° - DECOURT (J.). Androgènes et anomalies du comportement sexuel masculin. Vie Méd., 1973, 6 (2) : 649 - 652.

25° - DELCOURT (M.). Hermaphrodite. Mythes et rites de la bisexualité dans l'Antiquité classique. Paris : PUF, 1958.

26° - DESBOIS (J.C.). Ambiguïtés sexuelles néo-natales. Vie Med, 1977, 8 (2) : 557 - 571.

27° - DE WOLF (M.). L'énigme transsexuelle. A propos de l'ouvrage de Jan Morris "L'énigme". Acta Psychiatr. Belg., 1976, 76 (6) : 860 - 881.

28° - DUBOIS (J.C.) ; MARCEL (J.E.). Le transsexualisme. A propos d'un malade opéré. Bordeaux Méd., 1970, 4 : 963 - 984.

29° - DURAND (G.). Considérations éthiques etmorales sur la transformation corporelle. Cah. Sex. Clin, 1978, 19 : 51 - 59.

30° - EISENBERG (J.) ; ABECASSIS (A.). A Bible ouverte. Paris : Albin Michel, 1978 (Présence du Judaïsme).

31° - FINNEY (J.C.) ; BRANDSMA (J.M.) ; TON DOW (M.) ; LEMAISTRE (G.). A Study of Transsexuals Seeking Gender Reassignment. Am. J. Psychiatry; 1975, 132 (9) : 962 - 964.

32° - FLIESS (W.). Masculin et féminin. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 167 - 178 Gallimard, 1973.

33° - FOURNIER (J.L.). Essai pour une théorie génétique des morphodysplasies et ambiguïtés sexuelles (bases d'une classification nouvelle et d'une conduite à tenir). Rev. Pédiatrie 1977, 13 (7) : 355 - 366.

34° - FREUD (S.). Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Gallimard, 1962 (Idées).

35° - FRIEDMAN (R.C.) ; GREEN (R.) ; SPITZER (R.L.). Reassessment of Homosexuality and Transsexualism. Annu. Rev. Med., 1976, 27 : 57 - 62.

36° - GOLDRACH (Ch.). Le Transsexualisme. Concours Med., 1966, 88 (4) : 531 - 535.

37° - GRAHAM (P.J.) ; HARBISON (J.J.M.) ; Mc ALLISTER (H.) ; QUINN (J.T.). Some Physiological Aspects of Behaviour Modification. The relationship between psychological and psychophysiological measures of sexual response. Prog. Behav. Ther., 1975, 1, 175 - 179.

38° - GREEN (A.). Le genre neutre. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 251 - 262. Gallimard, 1973.

39° - GRODDECK (G.). Le double sexe de l'être humain. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 193 - 198 Gallimard, 1973.

40° - HERSCHKOWITZ (S.) ; DICKES (R.). Suicide Attempts in a Female-to - Male Transsexual. Am. J. Psychiatry, 1978, 135 (3) : 368 - 369.

41° - HERVET (E.). Le transsexualisme, problèmes médicaux et médicolégaux. Cah. Méd. Villeurbanne, 1975, 1 (5) : 323 - 328.

42° - HIRSCHFELD (M.) ; ABRAHAM (F.) ; VACHET (P.). Perversions sexuelles. Paris : François Aldor, 1931.

43° - HOENIG (J.). The legal position of the transsexual : mostly unsatisfactory outside Sweden. Can. Med. Assoc. J., 1977, 116 (3) : 319 - 323.

44° - HOENIG (J.) ; KENNA (J.C). The Nosological Position of Transsexualism. Arch. Sex. Behav., 1974, 3 (3) : 273 - 287.

45° - HOENIG (J.) ; KENNA (J.C). EEG Abnormalities and Transsexualism. Br. J. Psychiatry, 1979, 134, 293 - 300.

46° - HOFER (G.) : MULLER-SUUR (H.). Film des Laboratoires SANDOZ sur le transsexualisme. Réalisation Wolfgang BORGES - 1976.

47° - HOLLOWAY (J.P.). Transsexuals : Legal Considerations. Arch. Sex. Behav., 1974, 3 (1) : 33 - 50.

48° - HOOPES (J.E.). Surgical Construction of the Male External Genitalia. Clin. Plast. Surg., 1974, 1 (2) : 325 - 334.

49° - JAMES (S.) ; ORWIN (A.) ; WYNNE DAVIES (D.). Sex Chromosome Abnormality in a Patient with Transsexualism. Br. Med. J., 1972, 3 (58), 29.

50° - JONES (J.R.) ; SAMIMY (J.). Plasma Testosterone levels and Female Transsexualism. Arch. Sex. Behav., 1973, 2 (3) : 251 - 256.

51° - JOSSO (N.). Une ambiguïté sexuelle. Gaz. Med. Fr., 1974, 81 (26) : 3425 - 3428.

52° - KLEPPING (J.). Bases physiologiques d'endocrinologie clinique. Tome II. Physiologie des glandes sexuelles, CHU Dijon, 1972.

53° - KRAFFT - EBING (R.) von.Psychopathia sexualis. Paris : Payot 1969.

54° - KREISLER (L.). Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Etude de psychopédiatrique. Psychiatr.Enfant, 1970, 13 (1) : 1 - 127.

55° - KREISLER (L.). L'identité sexuelle. Psychiatr. Enfant, 1970, 13 (1) : 307 - 326.

56° - LAPLANCHE (J.). Symbolisations. Psychanalyse à l'Université, 1975, 1 (1) : 11 - 73 et 1976, 1 (2) : 221 - 289.

57° - LAPLANCHE (J.) ; PONTALIS (J.B.). Vocabulaire de la psychanalyse. 5e ed ; Paris : PUF, 1976.

58° - LEWINTER (R.). (Anti) judaïsme et bisexualité. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 199 - 203, Gallimard 1973.

59° - LINDGREN (T.W.) ; PAULY (I.B.). A body Image Scale for Evaluating Transsexuals. Arch. Sex. Behav., 1975, 4 (6) : 639 - 656.

60° - LOTHSTEIN (L.M.). The psychological management and treatment of hospitalized transsexuals. J. Nerv. Ment. Dis., 1978, 166 (4) : 255 - 262.

61° - MARKLAND (C.). Transexual surgery. Annu. Rev. Med., 1975, 4 : 309 - 330.

62° - MEYER (J.K). Clinical variants among applicants for sex reassignment. Arch. Sex. Behav., 1974, 3 (6) : 527 - 559.

63° - MEYER (J.K) ; HOOPES (J.E.). The gender dysphoria syndromes. A position statement on so-called "Transsexualism". Plast. Reconstr. Surg., 1974, 54 (4) : 444 - 451.

64° - MONTGRAIN (N.H.) ; BURY (J.A.) ; BERNATCHEZ (J.P.) ; PAINCHAUD (G.). Le transsexualisme : réflexions psychanalytiques. Vie Med. Can. fr., 1974, 3 (12) : 1160 - 1170.

65° - MONTGRAIN (N.H.) ; BURY (J.A.) ; PAINCHAUD (G.) ; BERNATCHEZ (J.P.). Préliminaires à une étude psychanalytique du transsexualisme. Evol. Psychiatr., 1975, 40 (3) : 637 - 654.

66° - NELSON (C.) ; PAITICH (D.) : STEINER (B.W.). Medicolegal aspects of transsexualism. Can. Psychiatr. Assoc. J., 1976, 21 (8) : 557 - 564.

67° - NICOLAS (C.) ; PANIEL (B.). Homosexualité et transsexualisme. Traitement chirurgical. Sandorama n° 43, Avril-Mai 1975, pp. 2 - 6.

68° - OLES (M.N.). The transsexual client : A discussion of transsexualism and issues in psychotherapy. Am. J. Orthopsychiatry, 1977, 47 (1) : 66 - 74.

69° - OVIDE. Métamorphoses. Livre IV et XII.

70° - PAULY (I.B.). Female transsexualism . Part I and II. Arch. Sex. Behav, 1974, 3 (6) : 487 - 526.

71° - PETIT (J.). L'ambiguïté du droit face au syndrome transsexuel. Rev. Trim. Dr. Civil, 1976, 263 - 295.

72° - PINSKY (L.) ; DUCHARME (J.R.) ; COLLU (R.). Les ambiguïtés sexuelles. Encycl. Med, Paris, Pédiatrie, 3 - 1978, 4107 B 50.

73° - POITOUT-BONNEMAISON (M.). Une ambiguïté sexuelle. Gaz. Med. Fr. 1971, 78 (8) : 1191 - 1194.

74° - POMEROY (W.). The diagnosis and treatment of transvestites and transsexuals. J. Sex. Marital Ther. 1975, 1 (3) : 215 - 224.

75° - PRINGUEY (D.) ; GIUDICELLI (S.) ; TATOSSIAN (A.). A propos du transsexualisme. Ann. Med. Psychol. 1978, 136 (5) : 711 - 728.

76° - RANDELL (J.B.). Transvestism and trans-sexualism. A study of 50 cases. Br. Med. J., 1959, 5164 : 1148 - 1152.

77° - ROUSSEAU (L.) ; LAPERRIERE (S.). Transsexualisme : rôle du psychiatre dans l'évaluation. Vie. Méd. Can. fr. 1974, 3 (12) : 1171 - 1174.

78° - RUCQUOY (G.). Considérations sur le transsexualisme. A propos de deux cas de transsexualisme féminin. Acta Psychiatr. Belg. 1971, 71 : 329 - 343.

79° - SABALIS (R.F) ; STATON (M.A.) ; APPENZELLER (S.N.). Transsexualism : alternate diagnostic and etiological considerations. Am. J. Psychoanal., 1977, 37 (3) : 223 - 228.

80° - SAUCIER (J.L.). En marge du transsexualisme. Union Med. Can.

1975, 104 (8) : 1240 - 1242.

81° - SCHERRER (P.) ; PELLETIER (J.C.). Du transsexualisme à la schizophrénie. Ann. Méd. Psychol, 1972, 2 (5) : 609 - 635.

82° - SERVY (E.) ; BYRD (J.R.) ; GREENBLATT (R.B.). Cytogénétique et ambiguïté sexuelle. Bordeaux Méd., 1972, 15 : 1775 - 1784.

83° - SHAVE (D.). Transsexualism as a concretized manifestation of orality. Am. J. Psychoanal., 1976, 36 (1) : 57 - 66.

84° - SITRUK-WARE (L.R.) ; SCHAISON (G.). Les ambiguïtés sexuelles. Rev. Med., 1977, 41 : 2135 - 2140.

85° - STOLLER (R.J.). Faits et hypothèses : un examen du concept freudien de bisexualité. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 135 - 155, Gallimard 1973.

86° - STOLLER (R.J.) The transsexual boy : mother's feminized phallus. Br. J. Med. Psychol., 1970, 43 : 117 - 127.

87° - STONE (C.B.). Psychiatric screening for transsexual surgery. Psychosomatics, 1977, 18 (1) : 25 - 27.

88° - STRAUSS (S.A.). Official re-registration of a female transsexual following medical treatment. Forensic Sci., 1974, 3 (1) : 19 - 29.

89° - TATOSSIAN (A.). Le transsexualisme. Corse Méditer, 1970, 1 : 41 - 52.

90° - VAN OOSTERWYCK (D.). Elle-Il. Danielle, sexe masculin. Bruxelles : Rossel, 1975.

91° - VEYLON (R.). Que sait-on du transsexualisme ? Nouv. Presse Méd., 1977, 6 (33) : 3007 - 3010.

92° - VIDELA (E.) ; PRIGOSHIN (N.). Female trans-sexualist with abnormal karyotype. Lancet, 1976, 2 (7994) : 1081.

93° - WALINDER (J.) ; THUWE (I.). A low concerning sex reassignment of transsexuals in Sweden. Arch. Sex. Behav., 1976, 5 (3) : 255 - 258.

94° - WINNICOTT (D.W.). Clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme. Nouv. Rev. Psychanal., 7 : 301 - 314, Gallimard 1973.

95° - XXX. Transvestim and transsexualism. Br. Med. J., 1974, 2 (5914) : 289 - 290.